

March-April 2021, Volume 10, Issue 2

Correlation of Sexual Health with Irrational Beliefs, Mindfulness and Perfectionism in Couples

Niloufar Mikaeili^{1*}, Hamid Reza Samadifard²

1- Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Corresponding author: Niloufar Mikaeili, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

E-mail: nmikaeili@uma.ac.ir

Received: 7 April 2020

Accepted: 20 Feb 2021

Abstract

Introduction: Sexual health is one of the main aspects of health that affects spouses at all stages of life. The aim of this study was to determine the correlation between sexual health and irrational beliefs, mindfulness and perfectionism in couples.

Methods: The research method was descriptive-correlation. The statistical population of the study was all couples in Ardabil in 2019 that 114 people (57 couples) were selected as the sample by available sampling method. Data collection tools included demographic questionnaire, "Manavi Pour's Sexual Health Questionnaire", "4 Factors of Irrational Beliefs Test-Ahvaz", "Mindful Attention Awareness Scale" and the "Ahvaz Perfectionism Scale". Face validity and reliability were measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed by SPSS. 18.

Results: Between irrational beliefs (-0.40 in men and -0.61 in women), mindfulness (0.38 in men and 0.54 in women), and perfectionism (-0.56 in men and -0.59 in women), there was a significant correlation with sexual health ($P < 0.05$). The results showed that irrational beliefs, mindfulness and perfectionism in total can explain 49% of the variance of sexual health in men and 58% of the variance of sexual health in women ($P < 0.05$).

Conclusions: Couples' sexual health is predictable with irrational beliefs, mindfulness and perfectionism. It is suggested that psychologists and health professionals pay more attention to the role of these variables in improving the sexual health of spouses.

Keywords: Sexual Health, Irrational Beliefs, Mindfulness, Perfectionism.

همبستگی سلامت جنسی با باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و کمال گرایی در بین زوجین

نیلوفر میکائیلی^{۱*}، حمیدرضا صمدی فرد^۲

۱- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
 ۲- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
 نویسنده مسئول: نیلوفر میکائیلی، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
 ایمیل: nmikaeili@uma.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۸

چکیده

مقدمه: سلامت جنسی یکی از جنبه های اصلی سلامت است که همسران را در همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی سلامت جنسی با باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و کمال گرایی در بین زوجین صورت پذیرفت.

روش کار: روش پژوهش توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ بودند که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۱۴ تن (۵۷ زن و شوهر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه سلامت جنسی معنوی پور" (Manavi Pour's Sexual Health Questionnaire) "آزمون ۴ عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز" (Factors of Irrational Beliefs Test-Ahvaz 4)، "مقیاس آگاهی توجه هشیاری" (Mindful Attention Awareness Scale) و "مقیاس کمال گرایی اهواز" (Ahvaz Perfectionism Scale) بود. روایی صوری و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. داده ها در نرم افزار اسپس پی اس اس نسخه ۱۸ تحلیل شد.

یافته ها: بین باورهای غیرمنطقی (۰/۴۰- در مردان و ۰/۶۱- در زنان)، ذهن آگاهی (۰/۳۸- در مردان و ۰/۵۴- در زنان) و کمال گرایی (۰/۵۶- در مردان و ۰/۵۹- در زنان)، با سلامت جنسی همبستگی معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). نتایج نشان داد که باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و کمال گرایی در مجموع قادرند ۴۹ درصد از واریانس سلامت جنسی را در مردان و ۵۸ درصد از واریانس سلامت جنسی را در زنان تبیین کنند ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: سلامت جنسی زوجین با باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و کمال گرایی پیش بینی شدنی است. پیشنهاد می شود که روان شناسان و متخصصان حوزه سلامت برای بهبود سلامت جنسی همسران به نقش این متغیرها توجه بیشتری کنند.

کلید واژه ها: سلامت جنسی، باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی، کمال گرایی.

مقدمه

رابطه سالم، مناسب و بهنجار جنسی بهرهمند هستند، به گونه ای که وضعیت جسمی، روحی و رفتاری آن ها مطلوب و حاکی از نوعی هماهنگی و محبت در زندگی زناشویی باشد (۵). روابط جنسی صحیح به عنوان پیش زمینه ای برای تقویت عواطف و احساسات بین زوجین عمل نموده و می تواند موجبات تحکیم پیوندهای خانوادگی را فراهم آورد و از پیدایش و تشدید اختلالات روانی و از همگسیختگی بنیان خانواده و در پی آن جامعه جلوگیری نماید (۶-۹). سلامت

خانواده محل ارضای نیازهای مختلف عاطفی و عقلانی و جسمانی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضاء آن ها و شناخت تمایلات زیستی و روانی ضرورتی انکارناپذیر می باشد (۱). سلامت جنسی یکی از جنبه های اصلی سلامت فردی است که زوجین را در همه سنین و همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می دهد (۲-۴). این مفهوم موقعیتی است که زوجین در آن از یک

از طرفی ذهن آگاهی یعنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌های خاص، هدفمند و بدون قضاوت (۲۵). این مفهوم را می‌توان به عنوان یک شیوه بودن یا یک شیوه درک توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است و زوجین دارای ذهن آگاهی بالا سعی می‌کنند به صورت منطقی موقعیت‌های تنش‌زا را برای خود ایمن تلقی کنند. بنابراین، فرد با پذیرش و آگاهی هرچه تمام‌تر این رویدادها، سعی در رفع مشکلات روزمره می‌کند و در روابط زناشویی و جنسی موفق‌تر خواهد بود (۲۶، ۲۷). در واقع، افرادی که ذهن آگاه هستند به محیط پیرامون خود آگاهی دارند و رفتارهای خود را با کنترل بیشتری انجام می‌دهند و اصطلاحاً از حالت راننده خودکار خارج می‌شوند (۲۸). براساس نتایج پژوهش‌های مختلف ذهن آگاهی از عوامل تأثیرگذار در روابط زناشویی (۱۷)، خودکارآمدی جنسی (۲۹) و عملکرد جنسی (۳۰) زوجین است. کمال‌گرایی نیز از متغیرهایی است که می‌تواند در سلامت جنسی زوجین تأثیرگذار باشد (۳۱). این مفهوم به منزله تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌هاست که با خودارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخص همراه باشد (۳۲-۳۳). پژوهشگران یک الگوی چندبعدی از کمال‌گرایی که مشتمل بر دو نوع جداگانه اما جایگزین یکدیگر (کمال‌گرایی بهنجار و کمال‌گرایی نابهنجار) است را ارائه کرده‌اند. هرچند افراد دارای کمال‌گرایی بهنجار، معیارهای شخصی بالایی برای خود در نظر می‌گیرند اما با این وجود این حقیقت را می‌پذیرند که این معیارها همیشه برآورده نخواهند شد. در مقابل کمال‌گرایان نابهنجار، معیارهای عملکرد شخصی بالایی برای خود تنظیم می‌کنند و بر روی اشتباهات کوچک خود تمرکز می‌کنند و از خود انتقاد می‌کنند (۳۵-۳۴). انواع متفاوتی از رفتار کمال‌گرایانه وجود دارد که دارای انگیزه واقعی برای کامل بودن هستند. کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی توصیه شده از سوی اجتماع انواع کمال‌گرایی را شامل می‌شود. کمال‌گرایی دیگر محور الزام به این است که دیگران باید کامل باشند. نهایتاً کمال‌گرایی توصیه شده از سوی اجتماع، ادراکی است مبنی بر این که دیگران توقع دارند که شخص کامل باشد. کمال‌گرایی خودمحور بیشتر با شاخص‌های سلامت و کمال‌گرایی جامعه محور بیشتر با شاخص‌های بیماری مطابقت دارند (۳۶-۳۷). مطالعات نشان

جنسی مستلزم یک نگاه و رویکرد مثبت به مقوله جنسیت و روابط جنسی و در نظر گرفتن امکان داشتن تجارب جنسی ایمن و لذت بخش، آزاد از اجبار، تبعیض و خشونت می‌باشد و به عنوان یکی از یکی از جنبه‌های مرکزی انسان در نظر گرفته می‌شود (۱۰). شیوع اختلال جنسی در کشورهای مختلف آمار متفاوتی به خود اختصاص داده است، در ترکیه ۴۸ درصد، شیلی ۲۲ درصد و مراکش ۲۷ درصد گزارش شده است (۱۱).

در پژوهش‌هایی که در حوزه سلامت جنسی در ایران انجام شده است، مشخص شده که میزان اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان ایرانی به نسبت بالا است. ۴۰ درصد از زوجین دچار اختلالاتی در روابط جنسی و نارضایتی نسبی از اینگونه روابط هستند. به عبارت دیگر، حدود ۵۰ درصد زنان ازدواج کرده بالای ۳۵ سال هرگز ارگاسم را تجربه نکرده‌اند و نزدیک ۴۰ درصد مردان مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی از انزال زودرس رنج می‌برند (۱۲-۱۳). نرخ طلاق نیز در سال‌های اخیر سیر صعودی داشته شده است و یکی از عوامل موثر در این طلاق‌ها، عدم ارضای غریزه جنسی و راضی نبودن از زندگی جنسی گزارش شده است (۱۴). لذا داشتن دانش جنسی صحیح می‌تواند به نوعی بر عملکرد و رضایت جنسی افراد تأثیرگذار باشد (۱۵). از عواملی که ممکن است در سلامت جنسی زوجین تأثیرگذار باشد، باورهای غیرمنطقی و ذهن آگاهی است (۱۶، ۱۷). باورهای غیرمنطقی علت اصلی اختلاف‌ها در روابط اجتماعی است و موجب ناراحتی، اضطراب، افسردگی، تکبر، عدم تحرک و بی‌علاقگی در زندگی افراد می‌شود و به دلیل همراه داشتن نگرانی‌ها، انتظارات و نشخوار فکری باعث بروز اختلال‌های روانی می‌شوند (۱۸-۲۰). زمانی که فرد از حد ترجیحات، آرزو و خواسته‌های خود درباره رویدادی که اتفاق افتاده می‌گذرد و به حد مطلق نگر قطعی و الزامی می‌رسد، این تفکر به باورهای غیرمنطقی منجر می‌شود. در حالیکه شخصی که به شیوه منطقی فکر می‌کند افکار خود را بر پایه واقعیت‌های عینی و نه عقاید ذهنی بنا می‌نهد و به خود کمک می‌کند تا هدف‌های شخصی‌اش را سریعتر روشن کند. او می‌کوشد تا کمترین میزان تعارض یا تضاد شخصی را برای خود به وجود آورد (۲۰، ۲۱). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورهای غیرمنطقی از عوامل موثر بر روابط جنسی (۲۲)، تمایلات جنسی (۲۳) و کیفیت زناشویی (۲۴) زوجین است.

داده است که کمال‌گرایی از عوامل موثر بر رضایت جنسی (۳۱)، عملکرد جنسی (۳۸) و روابط جنسی (۳۹) افراد است. فعالیت جنسی به عنوان یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی انسان مطرح بوده و به عنوان یکی از شاخص‌های مهم رضایتمندی زوجین مطرح می‌باشد. با توجه به اینکه افزایش سلامت و رضایت جنسی باعث افزایش رضایتمندی و شادکامی کلی زناشویی می‌شود و نارضایتی از رابطه جنسی در بیش از ۵۰ درصد طلاق‌ها وجود دارد، بررسی عوامل موثر بر سلامت جنسی در مراقب‌های بهداشتی اولیه بسیار مهم است تا افراد با آگاهی هرچه بیشتر و تجهیز به دانش کافی در زمینه سلامت جنسی، بتوانند بر سلامت خود کنترل داشته باشند (۴۰). با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی سلامت جنسی با باورهای غیرمنطقی، ذهن‌آگاهی و کمال‌گرایی در بین زوجین شهر اردبیل انجام پذیرفت.

روش کار

نوع مطالعه توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸ بودند که براساس تعداد متغیرهای پژوهش از طریق نرم افزار Gpower (۴۱)، با اندازه متوسط ۰/۱۰، ضریب آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰ در نرم افزار، ۱۱۴ تن از زوجین (۵۷ زوج) به عنوان نمونه انتخاب شدند. با توجه محدودیت‌های موجود در دسترسی به زوج‌ها، انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری دردسترس در مکان‌های کلیدی شهر اردبیل (پارک‌ها، رستوران‌ها، درمانگاه‌ها، فرهنگ‌سراها و سایر مکان‌های عمومی که امکان حضور زوجین در آنجا وجود داشت) انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: طول مدت ازدواج حداقل ۹ ماه، ساکن شهر اردبیل بودن، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. معیار خروج نیز شامل ابتلا به بیماری‌های مزمن شناخته شده (بیماری قلبی، دیابت و کلیوی) بود.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها فرم مشخصات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، تاهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت فرزند و طول مدت ازدواج بود.

«پرسشنامه سلامت جنسی معنوی پور» (Sexual Health Manavi Pour's Questionnaire) در سال ۱۳۸۸ توسط معنوی‌پور و همکاران طراحی شد (۴۲). آن‌ها برای تهیه این پرسشنامه ابتدا مجموعه نکات مرتبط با سلامت جنسی

را مطالعه و جمع‌آوری کردند و سپس با تعریف عملیاتی تمامی مفاهیم جمع‌آوری شده عبارت‌های مناسب برای اندازه‌گیری مفاهیم را تنظیم کردند. این پرسشنامه دارای ۳۳ عبارت است که آزمودنی باید میزان توافق خود را، با هر یک از عبارت‌ها با انتخاب یک گزینه ۳ درجه‌ای از «موافقم» تا «مخالفم» انتخاب کند. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ درجه‌ای از ۱ تا ۳ است که برای پاسخ «مخالفم» نمره ۱، «نمی‌دانم» نمره ۲ و «موافقم» نمره ۳، در نظر گرفته می‌شود. بنابراین، دامنه نمره بین ۳۳ تا ۹۹ است که نمره بالا بیانگر میزان سلامت جنسی بیشتر است. (سطح نمره بندی در مقاله اصلی ذکر نشده است)

در پژوهش معنوی‌پور و همکاران روایی صوری و محتوا به روش کیفی ابزار توسط ۵ تن متخصص بررسی و تأیید شده ولی گزارشی از جزئیات کار ارائه نگردیده است. همچنین اندازه‌گیری روایی سازه به روش تحلیل عاملی روی ۱۵۰ تن از افراد نشان داد که پرسشنامه بیش از ۹۲ درصد از واریانس سلامت جنسی را تبیین می‌کند و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۲ گزارش شد (۴۲).

«آزمون چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز» (4 Factors of Irrational Beliefs Test-Ahvaz)، برای سنجش باورهای غیرمنطقی افراد توسط معتمدین و عبادی در سال ۱۳۸۴ از روی «آزمون باورهای غیرمنطقی» (Irrational Beliefs Test) ساخته شده و دارای ۴۰ عبارت و ۴ مولفه است (۴۳). درماندگی در برابر تغییر (helplessness for change) سوال‌های ۱۵-۱، تقاضای تأیید (demand for approval) عبارت‌های ۲۵-۱۶، اجتناب از مشکل (problem avoidance) سوال‌های ۳۰-۲۶ و بی‌مسئولیتی عاطفی (emotionality irresponsibility) سوال‌های ۴۰-۳۱، مولفه‌های این آزمون هستند. این آزمون بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره کل آزمون بین ۴۰ تا ۲۰۰ خواهد بود. کسب نمره بالا به معنای باورهای غیرمنطقی بالا در بین افراد است (۴۳). (سطح نمره بندی در مقاله اصلی ذکر نشده است).

نتایج مطالعه معتمدین و عبادی بر روی تن از دانشجویان دختر و پسر شهر اهواز نشان داد که روایی همگرایی «آزمون چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز» با «آزمون باورهای غیرمنطقی» (۸۷/۰) بود. پایایی به روش همسانی

فوق اندازه گیری و عدد $0/87$ بدست آمد (۴۷). در ایران در مطالعه زی غیبی قناد و همکاران بر روی ۴۳۴ دانشجوی دختر شهید چمران اهواز روایی سازه به روش تحلیل عاملی «مقیاس آگاهی توجه هشیاری» بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق $0/80$ به دست آمد (۴۶). در پژوهش خنجرخانی و عباسی «مقیاس هشیاری به توجه ذهن آگاهانه» روی ۳۱۲ تن از دانشجویان کارشناسی دانشگاه لرستان اجرا شد روایی صوری مقیاس از متخصصان (تعداد، تخصص و یافته ذکر نشده است) تایید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق $0/84$ گزارش شد (۴۸).

«مقیاس کمال گرایی اهواز» (Ahvaz Perfectionism Scale) دارای ۲۷ عبارت است که در سال ۱۳۷۸ توسط نجاریان و همکاران طراحی شده است (۴۹). این مقیاس به صورت لیکرت ۴ درجه ای است که از هرگز (صفر) تا اغلب اوقات (۳) درجه بندی می شود. در این مقیاس عبارت های ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۲۲ به شیوه معکوس نمره گذاری می شود. دامنه نمره بین صفر تا ۸۱ می باشد. کسب نمره بالا به معنای کمال گرایی بالا در افراد است. نمره بین صفر تا ۲۷ به معنای میزان کمال گرایی پایین، نمره بین ۲۷ تا ۵۴ میزان کمال گرایی متوسط و نمره بالاتر از ۵۴ به معنای میزان کمال گرایی بالا است. نجاریان و همکاران «مقیاس کمال گرایی اهواز» را همزمان با «سیاهه عزت نفس کوپر اسمیت» (Cooper Smith Self-Esteem Inventory) به دانشجویان نمونه پژوهش خود در اهواز ارائه نمودند. ضریب همبستگی بین دو مقیاس $0/39$ بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و تصنیف در دانشجویان مورد مطالعه به ترتیب $0/86$ و $0/85$ بود (۴۹). در مطالعه حافظی و همکاران که بر روی ۲۰۰ تن از معلمان زن و مرد شهر اهواز انجام شد نمره «مقیاس کمال گرایی اهواز» با «مقیاس مسئولیت پذیری» (Responsibility Scale) همبستگی بررسی شد و نتایج همبستگی منفی معناداری ($-0/24$) را بین آنها نشان داد که بیانگر برخورداری مقیاس از روایی واگرایی مطلوب بود. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و تصنیف در ۲۰۰ تن معلم زن و مرد به ترتیب $0/86$ و $0/80$ گزارش شد (۵۰).

در مطالعه حاضر روایی ابزارها به روش روایی محتوا به روش

درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق، برای مولفه های درماندگی در برابر تغییر $0/80$ ، توقع تأیید $0/81$ ، اجتناب از مشکل $0/73$ ، بی مسئولیتی عاطفی $0/75$ و نمره کل $0/81$ به دست آمد (۴۳). همچنین نتایج مطالعه معتمدین و همکاران بر روی ۱۹۴۷ تن از دانشجویان مراکز تربیت معلم تبریز نشان داد که روایی همگرایی «آزمون چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز» با «آزمون باورهای غیرمنطقی» $0/81$ بود. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در 1400 تن از دانشجویان برای مولفه های درماندگی در برابر تغییر $0/77$ ، تقاضای تأیید $0/68$ ، اجتناب از مشکل $0/59$ ، بی مسئولیتی عاطفی $0/68$ و نمره کل $0/86$ به دست آمد (۴۴).

«مقیاس آگاهی توجه هشیاری» (Mindful Attention Awareness Scale) توسط Ryan & Brown در سال ۲۰۰۳ برای سنجش ذهن آگاهی افراد ساخته شده و دارای ۱۵ عبارت است (۴۵). این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۶ درجه ای، از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هرگز) نمره گذاری می شود. این ابزار یک نمره کلی برای ذهن آگاهی به دست می دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان دهنده ذهن آگاهی بیشتر است. نمره بین ۱۵ تا ۳۰ به معنای ذهن آگاهی ضعیف، نمره بین ۳۰ تا ۴۵ ذهن آگاهی متوسط و نمره بالاتر از ۴۵ ذهن آگاهی بالا در بین افراد است. سازندگان مقیاس را بر روی ۷ گروه نمونه (توضیح افراد و محل ندارد) اجرا کردند و روایی مقیاس با توجه به همبستگی آن با مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش (Depression Anxiety and Stress Scales) و مقیاس عاطفه مثبت و منفی (Positive and Negative Affect Scales) مطلوب گزارش شد (میزان همبستگی ذکر نشده است) همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در گروه های نمونه فوق $0/80$ گزارش دادند. ثبات به روش بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله زمانی یک ماه ثابت گزارش شد (۴۶) (عدد گزارش نشده است). در مطالعه Carlson & Brown در سال ۲۰۰۵ بر روی ۱۲۲ تن از بیماران مبتلا به سرطان، «مقیاس آگاهی توجه هشیاری» با «سیاهه علائم تنش» (Symptoms of Stress Inventory) همبستگی بررسی شد و نتایج همبستگی منفی معناداری $-0/41$ را نشان داد که بیانگر برخورداری مقیاس از روایی واگرایی مطلوب بود. همچنین پایایی مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه

و تحویل دهند. پژوهشگران شماره تماس خود را در اختیار زوجین (برای هر تن به صورت مجزا) قرار دادند تا هم به منظور تحویل پرسشنامه ها و هم در صورت نیاز با آن ها در تماس باشند. همچنین به آزمودنی ها گفته شد اگر بخواهند، می توانند از نتیجه تست ها مطلع شوند. برای تحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده گردید. داده ها در نرم افزار اس پی اس ۱۸ نسخه تحلیل شد.

یافته ها

تعداد ۱۱۴ تن از زوجین شهر اردبیل (۵۷ مرد و ۵۷ زن) در این مطالعه شرکت داده شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان $37/7 \pm 3/9$ بود. از نظر تحصیلات ۲۱ تن (۱۸/۴ درصد) سیکل، ۴۴ تن (۳۸/۶ درصد) دیپلم و ۴۹ تن (۴۳ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. وضعیت اقتصادی ۲۴ تن (۲۱ درصد) خوب، ۶۲ تن (۵۴/۴ درصد) متوسط و ۲۸ تن (۲۴/۶ درصد) ضعیف بود. ۷۲ تن (۶۳/۲ درصد) دارای فرزند و ۴۲ تن (۳۶/۸ درصد) بدون فرزند بودند. همچنین طول مدت ازدواج ۳۶ تن (۳۲ درصد) بین ۹-۱ سال، ۵۴ تن (۴۷ درصد) بین ۱۹-۱۰ سال و ۲۴ تن (۲۱ درصد) ۲۰ سال و بالاتر بودند.

کیفی انجام شد. لذا تمامی ابزارها توسط ۵ تن از اعضای هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی بررسی و تأیید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی آزمودنی های مطالعه حاضر (۶۰ تن از زوجین شهر اردبیل) برای «پرسشنامه سلامت جنسی» ۰/۷۸، «آزمون ۴ عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز» ۰/۷۶، «مقیاس هشجاری به توجه ذهن آگاهانه» ۰/۷۳ و «مقیاس کمال گرایی اهواز» ۰/۷۸ به دست آمد.

بعد از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی و کسب مجوزهای لازم، برای انجام پژوهش به مکان های کلیدی شهر اردبیل (پارک ها، رستوران ها، درمانگاه ها، فرهنگ سراها و سایر مکان های عمومی که امکان حضور زوجین در آنجا وجود داشت) مراجعه شد. سپس پژوهشگران بعد از جلب رضایت زوجین در دسترسی که تمایل به شرکت در مطالعه داشته و با ملاک های شمول همخوانی داشتند، ابزار های پژوهش را در اختیار آن ها گذاشتند. به آزمودنی ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگهداری می شوند و اینکه در صورت عدم رضایت حتی بعد از تکمیل پرسشنامه ها می توانند از مطالعه خارج شوند.

با توجه به اینکه برای پر کردن پرسشنامه ها زمانی بین ۲۰ تا ۴۰ دقیقه مورد نیاز بود، به آزمودنی ها گفته شد که در صورت تمایل می توانند پرسشنامه ها را در منزل پر کرده

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	جنس	میانگین (انحراف استاندارد)
سلامت جنسی	مرد	$59/10 \pm 6/8$
	زن	$61/11 \pm 2/6$
باورهای غیرمنطقی	مرد	$111/14 \pm 9/1$
	زن	$113/15 \pm 9/4$
ذهن آگاهی	مرد	$56/9 \pm 3/4$
	زن	$57/10 \pm 1/5$
کمالگرایی	مرد	$47/7 \pm 4/9$
	زن	$48/8 \pm 3/7$

طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف، برای تعیین همبستگی بین متغیرهای پژوهش از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۲).

(جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی، کمال گرایی و سلامت جنسی) را در مردان و زنان نشان می دهد. در گام بعدی، پس از تأیید مفروضه نرمال بودن داده ها از

جدول ۲: همبستگی متغیرهای پژوهش با سلامت جنسی در مردان و زنان

متغیر	جنس	همبستگی با سلامت جنسی
باورهای غیرمنطقی	مرد	-۰/۴۰
	زن	-۰/۶۱
ذهن آگاهی	مرد	۰/۳۸
	زن	۰/۵۴
کمال گرایی	مرد	-۰/۵۶
	زن	-۰/۵۹

اساس متغیرهای پژوهش (باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی، کمال گرایی) از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد. همچنین بررسی مفروضه های تحلیل رگرسیون نشان داد که بین نمره های متغیرهای پژوهش حالت نرمال بودن چندگانه برقرار بود و هم خطی چندگانه وجود نداشت (جدول ۳).

طبق نتایج (جدول ۲)، بین باورهای غیرمنطقی ($r=-0/40$)، ذهن آگاهی ($r=0/38$) و کمال گرایی ($r=-0/56$) با سلامت جنسی در بین مردان همبستگی معناداری وجود داشت. همچنین بین باورهای غیرمنطقی ($r=-0/61$)، ذهن آگاهی ($r=0/54$) و کمال گرایی ($r=-0/59$) با سلامت جنسی در بین زنان همبستگی معناداری وجود داشت ($P<0/05$). در گام آخر برای تبیین سلامت جنسی در بین زوجین بر

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت تبیین سلامت جنسی در مردان و زنان

متغیر	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		P-value	میزان آزمون T	
	ضریب تأثیر B	SE استاندارد از میانگین	Beta			مرد	زن
باورهای غیرمنطقی	مرد	-۱/۰۷	۰/۶۲	-۰/۲۴	۰/۰۸۹	-۱/۷۳	
	زن	-۲/۳۰	۰/۶۱	-۰/۴۲	۰/۰۰۱	-۳/۷۴	
ذهن آگاهی	مرد	۰/۹۳	۰/۴۹	۰/۲۳	۰/۰۶۷	۱/۸۶	۰/۴۹
	زن	۱/۵۲	۰/۴۷	۰/۲۸	۰/۰۰۲	۳/۲۱	۰/۵۸
کمال گرایی	مرد	-۲/۱۹	۰/۵۹	-۰/۴۴	۰/۰۰۱	-۳/۶۶	
	زن	-۱/۳۸	۰/۵۱	-۰/۳۰	۰/۰۰۹	-۲/۷۰	

متغیر ملاک: سلامت جنسی

بین زوجین صورت پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی و سلامت جنسی در بین زوجین همبستگی منفی و معناداری وجود داشت. به این معنی که زوجین دارای باورهای غیر منطقی بالا از سلامت جنسی پایینی برخوردار بودند و در مقابل زوجین دارای باورهای غیرمنطقی پایین از سلامت جنسی مطلوبی برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعات دیگر مبنی بر اینکه باورهای غیرمنطقی از عوامل موثر بر روابط جنسی (۲۲)، تمایلات جنسی (۲۳) و کیفیت زناشویی (۲۴) زوجین است، همخوانی داشت. به نظر می رسد دلیل همخوانی نتایج مطالعات انجام شده با پژوهش حاضر به این دلیل باشد که باورهای زوجین بر نحوه تعامل بین شخصی و روابط

همانطور که نتایج جدول فوق نشان می دهد با استفاده از رگرسیون چندگانه ۰/۴۹ سلامت جنسی مردان و ۰/۵۸ سلامت جنسی زنان توسط متغیرهای باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و کمال گرایی تبیین می شود. با توجه به ضرایب بتا، کمال گرایی $-0/44$ به شکل معناداری سلامت جنسی را در مردان پیش بینی می کند. همچنین در زنان، باورهای غیرمنطقی $-0/42$ ، ذهن آگاهی $0/28$ و کمال گرایی $-0/30$ به شکل معناداری سلامت جنسی را تبیین می کنند ($P<0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی سلامت جنسی با باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و کمال گرایی در

زناشویی آن‌ها تأثیر مستقیم دارد. زمانی که این باورهای غلط در زوجین پایدار باشد آن‌ها به نقش خود در ایجاد مسائل و مشکلات زناشویی واقف نخواهند بود. لذا این باورها باعث می‌شوند که طرز تفکر انسان را نسبت به خود، جهان هستی و روابط زناشویی تغییر کند. از طرفی طبق دیدگاه Ellis کاهش سلامت افراد نتیجه شناخت‌های نادرست آن‌ها می‌باشد. تا زمانی که این باورهای غلط در زوجین پایدار باشد آنان به نقش خود در ایجاد مسائل و مشکلات زناشویی واقف نخواهند بود. زوجینی که باورهای غیرمنطقی در مورد اهمیت ارتباط، روش‌های موثر حل تعارض، اهمیت خانواده و نقش‌های جنسیتی دارند، نسبت به زوجینی که چنین باورهایی ندارند، فروپاشی بیشتری را در روابط جنسی و زناشویی تجربه می‌کنند که تمامی این موارد می‌تواند باعث کاهش سلامت جنسی در آن‌ها شود (۱۸-۲۰). زوجین دارای باورهای غیرمنطقی بالا گرایش به این باور دارند که کمتر از اطرافیان خود در معرض خطر قرار دارند. لذا رفتارهای سلامت محور کمتری انجام می‌دهند و به دلیل باور به این که هرگز و تحت هیچ شرایطی بیمار نمی‌شوند و همین امر باعث می‌شود که آن‌ها توصیه‌های مربوط به سلامت را نادیده بگیرند که باعث می‌شود آن‌ها بیشتر در معرض خطر قرار گرفته و سلامت جنسی آن‌ها کاهش یابد (۲۱، ۲۲).

بعلاوه، نتایج نشان داد که بین ذهن‌آگاهی و سلامت جنسی در بین زوجین همستگی مثبت و معناداری وجود داشت. نتیجه به دست آمده با یافته‌های مطالعات دیگر مبنی بر اینکه ذهن‌آگاهی از عوامل تأثیرگذار در روابط زناشویی (۱۷)، خودکارآمدی جنسی (۲۹) و عملکرد جنسی (۳۰) زوجین است، همسو بود. به نظر می‌رسد دلیل احتمالی همسویی پژوهش‌های انجام شده با مطالعه حاضر به این خاطر باشد که زوجین دارای ذهن‌آگاهی به علت اشراف داشتن بر زمان و نترسیدن از تغییرات می‌توانند محیطی دائمی پویا و انعطاف‌پذیر در زندگی خود ایجاد کنند. این محیط پویا و انعطاف‌پذیر مانع رشد تعارضات مزمن در روابط زناشویی زوجین می‌شود (۲۸، ۲۷). همچنین حساسیت ذهن‌آگاهانه تأثیرات پایداری بر زوجین برای حل مشکلات همراه با احترام، صمیمیت و همدلی ایجاد می‌نماید. زوجین دارای ذهن‌آگاهی بالا نه تنها به خود و موقعیت درونی و بیرونی خود آگاه هستند، بلکه به تغییرات ایجاد شده در ظاهر و رفتارهای همسر خود نیز آگاهی بالایی دارند. در

واقع، زوجین با ذهن‌آگاهی بالا نقطه نظرات خود و همسر خود توجه بالایی دارند و این نکته به عنوان وسیله‌ای برای پویا نگه داشتن روابط زناشویی و در نهایت موجب افزایش کیفیت روابط جنسی و بهبود سلامت جنسی می‌شود (۳۰، ۲۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین کمال‌گرایی و سلامت جنسی در بین زوجین رابطه منفی و معناداری وجود داشت. به این صورت که زوجین دارای کمال‌گرایی بالا از سلامت جنسی پایین برخوردار بودند و در مقابل زوجین دارای کمال‌گرایی پایین از سلامت جنسی مطلوبی برخوردار بودند. این نتیجه با یافته‌های مطالعات دیگر مبنی بر اینکه کمال‌گرایی از عوامل موثر بر رضایت جنسی (۳۱)، عملکرد جنسی (۳۸) و روابط جنسی (۳۹) افراد می‌باشد، همسو بود. در بیان علت همسویی می‌توان گفت که مردان و زنان دارای کمال‌گرایی منفی اغلب خودگویی‌های منفی، افکار غیرمنطقی، خطاهای شناختی دارند که همگی منجر به سرزنش خویش، کاهش کیفیت روابط زناشویی و در نهایت بروز ناپهنجاری‌های جنسی می‌شود (۳۱-۳۳). زوجین دارای کمال‌گرایی منفی اغلب عدم پذیرش و طرد شدن از سوی دیگران را پیش‌بینی می‌کنند، ممکن است از آن‌ها بترسند و در نتیجه با این ترس‌ها، در مقابل انتقاد حالت دفاعی به خود می‌گیرند و از شریک زندگی خود دور می‌شوند و بدون توجه به معیارهای غیر واقع‌گرایانه خود از همسر خود نیز انتظار دارند و در نتیجه نسبت به آن‌ها متوقع‌تر و منتقد می‌شوند. به دلیل وجود این دور معیوب، افراد کمال‌گرا، غالباً در داشتن روابط نزدیک با همسر دچار مشکل می‌شوند و به همین دلیل رضایت کمتری از روابط بین‌فردی خود دارند که همین امر باعث کاهش سلامت جنسی آن‌ها نیز می‌شود (۳۴، ۳۵).

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که باورهای غیرمنطقی، ذهن‌آگاهی و کمال‌گرایی در زمره متغیرهای مرتبط با سلامت جنسی زوجین بوده و توانایی تبیین آن را دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و کارگاه‌های ازدواج، با آموزش‌های افزایش ذهن‌آگاهی و کاهش باورهای غیرمنطقی و همچنین کمال‌گرایی به زوجین در بهبود سلامت جنسی کمک کرد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان خودگزارشی، استفاده از روش نمونه‌گیری در

دسترس و انتخاب نمونه از زوجین شهر اردبیل را نام برد. همچنین از آنجایی که برخی از زوجین ابزارها را در منزل پاسخ دادند، امکان وابستگی پاسخ بین آن ها وجود داشت.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچ گونه تضاد منفعی برای نویسندگان نداشته است.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه محقق اردبیلی به شماره مجوز ۱۷۱۳۳-۰۶/۰۴-۹۸ می باشد که در سایت <https://uma.ac.ir/cv.php?cv=mod=scv&slc=&۳۵۴=https://uma.ac.ir/cv.php?cv>

References

1. Péloquin K, Byers ES, Callaci M, Tremblay N. Sexual portrait of couples seeking relationship therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2019; 45(1): 120-33. <https://doi.org/10.1111/jmft.12328>
2. Mapp F, Wellings K, Hickson F, Mercer CH. Understanding sexual healthcare seeking behavior: Why a broader research perspective is needed. *BioMed Central Health Services Research*. 2017; 17: 462. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2420-z>
3. Towe M, La J, El-Khatib F, Roberts N, Yafi FA, et al. Diet and female sexual health. *Sexual Medicine Reviews*. 2020; 8(2): 256-64. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.08.004>
4. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, et al. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016; 13(11): 1642-50. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>
5. Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ. Female sexual health: barriers to optimal outcomes and a roadmap for improved patient-clinician communications. *Journal of Women's Health*. 2019; 28(4): 432-43. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7352>
6. Levine EC, Herbenick D, Martinez O, Fu TC, Dodge B. Open relationships, nonconsensual no monogamy, and monogamy among U.S. adults: findings from the 2012 national survey of sexual health and behavior. *Archives of Sexual Behavior*. 2018; 47(5): 1439-50. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1178-7>
7. Tahan M, Saleem S, Moshtagh M, Fattahi P, Rahimi R. Psychoeducational group therapy for sexual function and marital satisfaction in Iranian couples with sexual dysfunction disorder. *Heliyon*. 2020; 6(7): e04586. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04586>
8. Mahadeen AI, Hamdan-Mansour AM, Habashneh SA, Dardas LA. Sexual satisfaction among infertile couples: demographics and psychosocial health factors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2020; 58(9): 40-7. <https://doi.org/10.3928/02793695-20200812-01>
9. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Gravina GI, et al. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2020; 18: 10. <https://doi.org/10.1186/s12958-019-0557-9>
10. Warner C, Carlson S, Crichlow R, Ross MW. Sexual health knowledge of U.S. medical students: A national survey. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018; 15(8): 1093-1102. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.05.019>
11. Samadifard HR, Narimani M. [Prediction of sexual addiction of couples based on meta-cognitive belief and cognitive fusion]. *Journal of Health System Research*. 2018; 14(2): 183-8. <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-1024-en.html>
12. Barati M, Soltanian A, Emdadi Sh, Zahiri B, Barzeghar N. [Analyzing sexual health-related beliefs among couples in marriage based on the health belief model]. *Journal of Education and Community Health*. 2014; 1(1): 36-46. <http://jech.umsha.ac.ir/article-1-23-en.html> <https://doi.org/10.20286/jech-010136>
13. Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldehy S. [Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components]. *Tehran University of Medical Sciences* 2015; 73(3): 210-20. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-6661-en.html>
14. Bostani Khaledi Z, Ghanbari Khanghah A. [Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: A content analysis study]. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015; 18(172): 7-17. http://ijogi.mums.ac.ir/article_6343.html
15. Patras G, Safdari F, Jafari H, Rafiei S, Fathnezhad

- Kazemi A. [Correlation of health literacy and sexual satisfaction in infertile women referred to infertility center of Al-Zahra hospital in Tabriz]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9 (4): 58-67. http://jhpm.ir/browse.php?a_id=1152&sid=1&slc_lang=en
16. Tikdari Nejad A, Khezri Moghadam N. [Relationship between irrational beliefs and marital conflicts in couples based on rational-emotive behavior therapy]. *Patient Safety and Quality Improvement Journal*. 2017; 5(2): 526-30. http://psj.mums.ac.ir/article_8546_e43da3e334d61084ad4b3537be4ef3f6.pdf
 17. Kappen G, Karremans JC, Burk WJ, Buyukcan-Tetik A. On the association between mindfulness and romantic relationship satisfaction: the role of partner acceptance. *Mindfulness (NY)*. 2018; 9(5): 1543-56. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0902-7>
 18. Žeželj I, Lazarević LB. Irrational beliefs. *Europe's Journal of Psychology*. 2019; 15(1): 1-7. <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i1.1903>
 19. Chan HWQ, Sun CFR. Irrational beliefs, depression, anxiety, and stress among university students in Hong Kong. *Journal of American College Health*. 2020; 1-15. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1710516>
 20. Afsahi F, Kachooei M. Relationship between hypertension with irrational health beliefs and health locus of control. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020; 9: 110. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_650_19
 21. Oltean HR, David DO. A meta-analysis of the relationship between rational beliefs and psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 74(6): 883-95. <https://doi.org/10.1002/jclp.22562>
 22. Besharat MA, Lashkari M, Rezazadeh MR. [Explaining adjustment to infertility according to relationship quality, couples' beliefs and social support]. *Journal of Family Psychology*. 2014; 1(2): 41-54. <http://ijfp.ir/article-1-59-fa.pdf>
 23. Honarparvaran N, Qudery Z, Taghva M, Zandi Ghashghaee Z. [A study on irrational beliefs and emotions associated with the sexual desire of infertile women]. *Armaghane Danesh*. 2013; 17(6): 514-21. <https://www.magiran.com/paper/1089486>
 24. Kamalian S, Soliemanian AA, Nazifi M. [Marital quality of life: The role of irrational beliefs and emotion regulation skills]. *Journal of Counseling Research*. 2016; 15(58): 72-95. <http://iran-counseling.ir/journal/article-1-180-en.html&sw=Marriage>
 25. Karremans JC, Schellekens MP, Kappen G. Bridging the sciences of mindfulness and romantic relationships. *Personality and Social Psychology Review*. 2017; 21(1): 29-49. <https://doi.org/10.1177/1088868315615450>
 26. Kimmes JG, Jaurequi ME, May RW, Srivastava S, Fincham FD. Mindfulness in the context of romantic relationships: initial development and validation of the relationship mindfulness measure. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2018; 44(4): 575-89. <https://doi.org/10.1111/jmft.12296>
 27. McGill J, Adler-Baeder F. Exploring the link between mindfulness and relationship quality: direct and indirect pathways. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2020; 46(3): 523-40. <https://doi.org/10.1111/jmft.12412>
 28. Schellekens MPJ, Karremans JC, Van Der Drift MA, Molema J, et al. Are mindfulness and self-Compassion related to psychological distress and communication in couples facing lung cancer? A dyadic approach. *Mindfulness (NY)*. 2017; 8(2): 325-36. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0602-0>
 29. Mohammadizadeh S, Moradi-Jo M, Shamsoddini S, Jamshidifar Z. [The effectiveness of mindfulness training on sexual self-efficacy in women with breast cancer]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2014; 8(31): 7-16. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_73.html
 30. Silverstein RG, Brown AC, Roth HD, Britton WB. Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic Medicine*. 2011; 73(9): 817-25. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318234e628>
 31. Nazari S, Abolmaali KH. [The review of relationship between perfectionism (positive and negative) and self-esteem in predicting sexual satisfaction among married women]. *Iran Journal of Nursing*. 2015; 28(95): 11-21. http://ijn.iums.ac.ir/browse.php?a_id=2189&sid=1&slc_lang=en <https://doi.org/10.29252/ijn.28.95.11>
 32. Stoeber J, Harvey LN. Multidimensional sexual perfectionism and female sexual function: A longitudinal investigation. *Archives of Sexual Behavior*. 2016; 45(8): 2003-14. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0721-7>
 33. Moayedfar H, Yaghoobi H, Hasan Abadi H, Mahdavian A. [Correlation between perfectionism and depression of students by mediation of rumination]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 7(6): 1-8. <http://>

- jhp.m.ir/browse.php?a_id=981&sid=1&slc_lang=en
34. Gingras AS, Lessard I, Mallette F, Brassard A, Bernier-Jarry A, et al. Couple adaptation to the birth of a child: the roles of attachment and perfectionism. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2020. <https://doi.org/10.1111/jmft.12453>
 35. Dimaggio G, MacBeth A, Popolo R, Salvatore G, Perrini F, et al. The problem of over control: perfectionism, emotional inhibition, and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2018 ;83: 71-8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.005>
 36. Donahue JM, Reilly EE, Anderson LM, Scharmer C, Anderson DA. Evaluating associations between perfectionism, emotion regulation, and eating disorder symptoms in a mixed-gender sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2018; 206(11): 900-4. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000895>
 37. Træen B, Finstad KS, Røysamb E. Perfect riders: Personality, perfectionism, and mental health in Norwegian competition riders. *Journal of Equine Veterinary Science*. 2019; 75: 82-9. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2019.01.016>
 38. Aghamohammadian Sherbaf HR, Zareazadeh Khybari Sh, Horuof Ghanad M, Hokm Abadi MI. [The relationship between dimensions of perfectionism and sexual function among infertile women]. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014,17 (97): 9-17. http://ijogi.mums.ac.ir/article_2825.html
 39. Golparvar M, Setayeshmanesh S, Mosahebi MR. [Prediction model of romantic relationship on the basis of perfectionism components among married female college students]. *Woman and Culture*. 2014; 5(18): 9-23. http://jwc.iauhvaz.ac.ir/article_522999.html
 40. Samadifard H, Mikaeili N, Aghajani S. [Relationship between happiness, perceived social support and self-Esteem with sexual addiction among couples]. *Iranian Nursing Scientific Association*. 2019; 6(6): 75-81. <http://ijpn.ir/article-1-1065-en.html> <https://doi.org/10.21859/ijpn-06069>
 41. Cunningham JB, McCrum Gardner E. Power, effect and sample size using G Power. *Practical issues for researchers and members of research ethics committees. Evidence Based Midwifery*. 2007; 5(4): 132-6. <https://pure.ulster.ac.uk/en/publications/power-effect-and-sample-size-using-gpower-practical-issues-for-re-3>
 42. Manavi Pour D, Pir Khaefi Othe, Rouhani A, Sadat Dibaji Z. [Impact of sexual coolant training on promoting sexual health]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2008; 3(11): 77-87. <https://www.magiran.com/paper/759383>
 43. Motamedin M, Ebadi Gh. [Factor structure irrational beliefs Jones in Ahvaz]. *Journal test and research in psychology*. 2006; 23: 73-92. <https://www.magiran.com/paper/323579>
 44. Motamedin M, Badri R, Ebadi GH, Zamani N. [Standardization of irrational beliefs test (4IBT-A) in Tabriz]. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2013; 2(8): 73-87. <https://www.magiran.com/paper/1077017?lang=en>
 45. Ryan RM, Brown KW. Why we don't need self-esteem: on fundamental need, contingent love and mindfulness. *Psychological Inquiry*. 2003; 14(1): 71-6. https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003_RyanBrown_CommentPI.pdf
 46. Zezeqibi Ghannad S, Allipour S, Shehni Yailagh M, Hajiyakhchali A. [The Causal relationship of mindfulness and mind wandering with mediating strategic engagement regulation, anxiety, depression and working memory]. *Journal of Cognitive Psychology*. 2017; 5(3): 35-45. <https://jcp.khu.ac.ir/article-1-2759-fa.pdf>
 47. Carlson LE, Brown KW. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58(1): 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>
 48. Khanjarkhani M, Abbasi M. [The moderating role of mindfulness on the relationship between stress and academic adjustment in college student]. *Journal of Educational Psychology*. 2018; 14(28): 83-104. https://jeps.usb.ac.ir/article_3594.html
 49. Yavarian R, Haghighi M, Ramezanzpour A, Radfar M. [A survey on relationship between perfectionism and mental health in students of Urmia university of medical sciences]. *Nursing and Midwifery Journal*. 2017; 15(7): 497-503. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3254-en.pdf>
 50. Hafezi F, Bakhtiarpour S, Ahmad Fakhroddin A. [Comparison of perfectionism, procrastination and depression of male and female teachers in Ahvaz]. *social Psychology*. 2008; 3(9): 51-61. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=116870>