

علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال پنجم، شماره اول، پیاپی (۸)، بهار و تابستان ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۷/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۸

صص: ۳۷-۵۰

## پنج عامل بزرگ شخصیت و مکانیسم‌های دفاعی در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی

سوسن سالاری<sup>۱\*</sup>، رسول روشن<sup>۲</sup>، مریم مقدسین<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، کاشمر، ایران

salary@ac.au.ir

۲- دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران

roshan@ac.shu.ir

۳- استادیار روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی کرج، کرج، ایران

moghadathin@ac.kha.ir

### چکیده

اختلال در کارکرد جنسی به بروز مشکلات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی در فرد منجر می‌شود. در ۵۰ درصد از بیماران اختلال شخصیت نیز بدکارکردی جنسی وجود دارد و رویکرد روان تحلیلیگری علت بدکارکردی جنسی را ناشی از نوعی اضطراب بنیادین و همچنین، استفاده از مکانیسم‌های ناپخته در این بیماران می‌داند. هدف این پژوهش، بررسی پنج عامل بزرگ شخصیت و مکانیسم‌های دفاعی در این بیماران و نقش این دو متغیر در پیش‌بینی کیفیت زندگی این بیماران بود. روش تحقیق از نوع همبستگی بوده است. نمونه آماری نیز ۸۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به کلینیک خانواده و سلامت جنسی دانشگاه شاهد به روش نمونه‌گیری در دسترس در طی سال‌های ۸۹ و ۹۰ بود، که با استفاده از پرسشنامه‌های ویژگی شخصیت نئو، مکانیسم‌های دفاعی و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بررسی شدند. یافته‌ها نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی در زنان دارای بدکارکردی جنسی هستند و از میان پنج عامل بزرگ شخصیت روان آزردده خوبی ( $\beta = 0.31$   $P = 0.03$ ) و مسئولیت‌پذیری ( $\beta = -0.31$   $P = 0.04$ ) در صد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کردند ( $p = 0.05$ ). براساس رگرسیون همزمان بین کیفیت زندگی و مکانیسم‌های دفاعی ارتباط معناداری وجود داشت؛ به طوری که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته‌تر ( $\beta = 0.37$   $P = 0.06$ ) و مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته ( $\beta = -0.31$   $P = 0.02$ ) کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند. ( $P = 0.0001$ ) همچنین، مکانیسم‌های دفاعی روان آزردده پیش‌بینی‌کننده معناداری برای کیفیت زندگی در این زنان نبودند ( $\beta = 0.14$   $P = 0.78$ ).  
واژه‌های کلیدی: پنج عامل بزرگ شخصیت، مکانیسم‌های دفاعی، کیفیت زندگی، اختلال بدکارکردی جنسی.

## مقدمه

فردی یا ترکیبی از این عوامل باشد. بدکارکردی جنسی غالباً با سایر اختلالات مثل اختلالات شخصیت و افسردگی و اضطراب همراه است. هر نوع استرس و مشکلات زندگی، اختلالات هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد جنسی می‌تواند بر کارکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۴).

اختلالات جنسی در زنان شامل اختلال میل جنسی پایین<sup>۹</sup>، اختلال بی‌زاری جنسی<sup>۱۰</sup>، اختلال برانگیختگی<sup>۱۱</sup>، اختلال ارگاسم<sup>۱۲</sup>، مقاربت دردناک<sup>۱۳</sup> و واژنیسموس<sup>۱۴</sup> است. اخیراً تلاش‌هایی برای شناسایی مدل‌های پاسخ جنسی زنانه که برگرفته از مدل مردانه نباشد، صورت گرفته است (کساک و فیچر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۲). بدکارکردی جنسی می‌تواند به فقدان اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و مشکلات شخصیتی منجر شود (آناستادیاز و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۲). همچنین، آثار اجتماعی آن بر افزایش طلاق، خشونت، کیفیت زندگی زوجین و ارتباطات بعدی تأثیر می‌گذارد (اسلان و فاینر، ۲۰۰۸). ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات روان رنجورخویی دچار بدکارکردی جنسی هستند (بنیوبال و همکاران<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۳). زندگی ممکن است سرشار از وقایع متعددی باشد که کیفیت زندگی را کاهش دهد که این سبب واکنش‌های روان‌شناختی می‌شود که با بدکارکردی‌های جنسی در ارتباط هستند (اسپنس، ۲۰۰۱؛ لویپیکول<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۷).

رابطه جنسی یکی از عملکردهای اساسی انسان و یکی از اجزای زیربنایی زندگی او به شمار می‌آید. رابطه جنسی شامل عوامل جسمی، روان‌شناختی و هیجانی است و بر بهزیستی کلی و کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد (روزن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ دکر - وایت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ آریگتون و کافرانیسکو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). در حالی که رابطه جنسی خوب، باعث لذت، رضایت و نزدیکی هیجانی زوجین می‌شود، اختلال در کارکرد جنسی می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده، بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی تأثیری منفی بگذارد (روزن، ۲۰۰۰؛ اسلان و فاینر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

بدکارکردی جنسی یکی از شایعترین مشکلاتی است که افراد جامعه با آن دست به گریبان هستند (روزنهان و سلیگمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ پایک و لامن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶؛ کنگ و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶، فگل - میر و فگل - میر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). براساس اطلاعات موجود، تخمین زده می‌شود که دست کم نیمی از زوجین اختلال جنسی را در روابط خود تجربه می‌کنند (اسپنس، ۲۰۰۲). ویژگی‌های این بدکارکردی جنسی، ایجاد اختلال در یکی یا چند مرحله از چهارمرحله چرخه پاسخ جنسی ذکر شده است. تشخیص بدکارکردی زمانی مطرح است که این اختلالات بخش مهمی از تظاهرات بالینی بیمار را تشکیل داده باشد.

اختلالات جنسی ممکن است علامتی از مشکلات زیستی، یا تعارضات درون روانی یا بین

<sup>9</sup> sexual desire disorder

<sup>10</sup> aversion

<sup>11</sup> arousal

<sup>12</sup> orgasmic

<sup>13</sup> dyspareunia

<sup>14</sup> vaginismus

<sup>15</sup> Kaschak & Fiefer

<sup>16</sup> Anastasiadis et al

<sup>17</sup> Bonierbale et al

<sup>18</sup> Loppicolo

<sup>1</sup> Rose

<sup>2</sup> Daker-White

<sup>3</sup> Arrington & Cofrancesco

<sup>4</sup> Aslan & Fyner

<sup>5</sup> Rosenhan & Seligman

<sup>6</sup> Paik & Laumann

<sup>7</sup> Kang et al

<sup>8</sup> Fugl-Meyer & Fugl-Meyer

تاب نیاوردنی آن بکاهد؛ اضطرابی که هشیاری آن را تاب نمی‌آورد.

مکانیزم‌های دفاعی گرچه اضطراب را تخفیف می‌دهند؛ اما این جز به تحریف واقعیت به دست نمی‌آید و آن‌ها در کارزار مبارزه بین بن و من جانب من را گرفته و به بهای حفظ انسجام و وحدت یافتگی زادگاه خویش، واقعیت را تحریف می‌کنند مطالعات بر روی مسائل جنسی در بین زنان و مردان ۴۰ تا ۸۰ ساله ۲۹ کشور نشان دادند که حدود نیمی از زنان دارای حداقل یک مشکل جنسی در طی زندگی خود تجربه کرده‌اند که این مسأله به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود (موریرا و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). مطالعات نشان داد که بدکارکردی جنسی اثر منفی روی روابط بین فردی و کیفیت زندگی این افراد دارد و همسرانی که نگرش مثبتی نسبت به خود و دیگران دارند، کمتر از همسرانی که نگرش منفی به خود دارند، دچار افسردگی می‌شوند و شادی زناشویی بیشتری را گزارش می‌کنند (حیرت و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین، صمیمیت در روابط جنسی نقشی ضروری در رضایت روان‌شناختی و کیفیت زندگی خوب دارد (هیساسوس و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). از طرفی، مشکلات جنسی با ویژگی‌های شخصیت نیز در ارتباط است. بر این اساس، آیزنک (۱۹۷۶) به بررسی ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و رابطه جنسی پرداخت. او همچنین می‌گوید که شخصیت افراد بر میل جنسی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. برونگرایی با تجربه جنسی بیشتر در ارتباط است.

رویکرد روان تحلیلی‌گری در واقع معتقد است که مشکلات جنسی نشانه‌ای از یک تعارض شخصیتی زیر بنایی هستند که نیازمند مداخلات درمانی جدی و حل تعارض است (هکر و پلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). گاهی بیماران مبتلا به بدکارکردی جنسی از مهار میل جنسی به گونه‌ای دفاعی برای محافظت از خود در مقابل ترس‌های ناخودآگاهشان در مورد مسائل جنسی استفاده می‌کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۴). این افراد ممکن است از مهار میل جنسی به گونه‌ای دفاعی برای محافظت از خود در مقابل ترس‌های ناخودآگاهشان در مورد روابط جنسی استفاده کنند (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۷).

بدکارکردی جنسی ناشی از ترسی زیربنایی است که فرد می‌ترسد توسط دیگری موشکافی شود (هیامبرگ و بالون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). افرادی که اختلال در ارگاسم را تجربه می‌کنند، از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته استفاده می‌کنند. استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته با مصرف الکل قبل از رابطه جنسی ارتباط مستقیم و معناداری دارد و ارتباط منفی با ارگاسم دارد و به کاهش لذت جنسی منجر می‌شود. (کوستا و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

مکانیزم‌های دفاعی بر اساس آنچه از نظریه‌های روان‌پویشی می‌دانیم، فرایندهای درون روانی ناهشیاری‌اند که در موقعیت‌های تنیدگی‌زا و تهدید برانگیز فعال می‌شوند و اثرهای نامطبوع و دل‌آزار را از هشیاری می‌رانند. ادراک تهدید از منابع درونی و یا از جهان برونی از جانب من، ساختار اخیر را و می‌دارد تا جایی که می‌تواند از اضطراب برآمده از این حس تهدیدشدگی برهد و یا لاقلاً از شدت

<sup>1</sup> Hecker & Wetchler

<sup>2</sup> Heimberg & Barlow

<sup>3</sup> Costa et al

<sup>4</sup> Moreira et al

<sup>5</sup> Hisasuses et al

زنان در سال ۱۳۸۴ دارای اختلال عملکرد جنسی بودند (مستون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). با توجه به مسائل فرهنگی که بسیاری از زنان تمایلی به صحبت در مورد مشکلات جنسی خود ندارند، پیش‌بینی می‌شود که آمار به دست آمده بسیار کمتر از آمار واقعی باشد. زنان نیمی از جمعیت کشور ما را تشکیل می‌دهند.

مشکلات جسمی و روانی ناشی از اختلالات جنسی می‌تواند بر عزت نفس (رمضانی، ۲۰۱۱) و روابط بین فردی زنان صدمه زده و عامل بازدارنده در فعالیت‌های اجتماعی، شخصی و سازگاری زناشویی برای آنان باشد (محمدی، ۲۰۰۳).

بنابراین، با توجه به ماهیت تأثیرگذار اختلال عملکرد جنسی زنان بر ابعاد مختلف زندگی آنان، شناسایی ویژگی‌های شخصیتی آنان و مکانیسم‌های دفاعی و ارتباطی که با کیفیت زندگی دارند، ضروری به نظر می‌رسد.

چنان‌چه تأثیر ویژگی‌های شخصیت و استفاده از انواع مکانیسم‌های دفاعی بر کیفیت زندگی مشخص شود، در جهت استفاده از تکنیک‌ها و درمان‌های روان‌شناسی برای سازگاری بهتر زنان و افزایش کیفیت زندگی؛ به خصوص در گروه هدف که دارای بدکارکردی جنسی هستند، کمک قابل توجهی نیز می‌کند. لذا تحقیق حاضر دارای اهمیت کاربردی است.

با توجه به این‌که در زمینه مکانیسم‌های دفاعی زنانی با اختلال بدکارکردی جنسی در دنیا تحقیقات کمتری صورت گرفته است و در ایران نیز در مورد نقش ویژگی‌های شخصیتی در این اختلال و همچنین، نوع مکانیسم‌های مورد استفاده این بیماران تحقیقی صورت نگرفته است، لذا مسأله اساسی تحقیق حاضر بررسی نقش مکانیسم‌های دفاعی و ویژگی‌های

روان‌آزرده‌خویی تأثیر منفی بر رفتارها و فعالیت و نگرش‌های جنسی دارد. همچنین، او می‌گوید نمره بالا در روان‌آزرده‌خویی با مشکلات بیشتری در زمینه رابطه جنسی همراه است. آیزنک در مطالعات متعددی که بر روی نمونه‌های مختلف انجام داد، به این نتیجه رسید که بین ۸ تا ۱۲ عامل مؤثر در رابطه جنسی دو عامل لیبدو و رضایت جنسی نقش مهم‌تری را ایفا می‌کنند. هرچند برآورد شیوع اختلالات جنسی دشوار است؛ اما آمارهای موجود بیانگر آن است که حدود ۱۹ تا ۸۸ درصد از زنان حداقل از یک مشکل جنسی رنج می‌برند (اسپکتور و کری<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ دنوستین و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). این تفاوت در میزان شیوع می‌تواند به دلیل روش‌های متفاوت ارزیابی، تعاریف عملیاتی از بدکارکردی جنسی، نوع نمونه، چهارچوب زمانی و دامنه سنی شرکت‌کنندگان باشد (دان و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ آناستازیادیز و همکاران، ۲۰۰۲؛ باسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

اختلال عملکرد جنسی ممکن است تمام عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید. این اختلال می‌تواند فراگیر یا موقعیتی و کلی و جزئی باشد (آدز، ۲۰۰۳).

علی‌رغم این‌که شیوع ناکارآمدی جنسی در زنان بیش از مردان است، به مشکلات جنسی زنان و عوامل مؤثر در آن توجه کمتری شده است (لامن و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ آناستازیادیز و همکاران، ۲۰۰۲؛ لویس و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ دیویس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). طبق بررسی ملی انجام شده در ایران، ۳۱/۵ درصد از

<sup>1</sup> Spector & Cary

<sup>2</sup> Dennerstein et al

<sup>3</sup> Dunn et al

<sup>4</sup> Basson

<sup>5</sup> Laumann et al

<sup>6</sup> Lewis et al

<sup>7</sup> Davis

<sup>8</sup> Meston

### روش پژوهش

طرح تحقیق حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنانی است که به علت اختلال بدکارکردی جنسی به کلینیک خانواده و سلامت جنسی دانشگاه شاهد در طی سال‌های ۸۹ و ۹۰ مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین این زنان تعداد ۸۰ نفر انتخاب شدند که با توجه به هدف پژوهش پرسشنامه‌های تحقیق را کامل نمودند که از این میان ۷۴ پرسشنامه قابل تحلیل بود.

اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و آماره‌های توصیفی و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. در این مطالعه از پرسشنامه‌های ویژگی شخصیتی نئو، مکانیسم‌های دفاعی و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد.

الف) پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو (NEO-FFI) پرسشنامه تجدید نظر شده نئو (NEO: The neo personality inventory-revised) از دیگر ابزارهای این تحقیق است. فهم رابطه بین مکانیسم‌های دفاعی و عامل‌های شخصیت براساس داده‌های مؤلفان (موریس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ کرامر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) به عنوان روشی برای محاسبه روائی همزمان پرسشنامه سبک‌های دفاعی، دلیل اصلی استفاده از این ابزار بوده است.

این ابزار توسط کوستاومک گری در ۱۹۹۲ تحول یافت و پنج عامل بنیادین شخصیت؛ یعنی روان آزرده‌خوبی<sup>۳</sup>، پذیرا بودن به تجربه<sup>۴</sup>، مسؤولیت‌پذیری<sup>۵</sup>، برون‌گرایی<sup>۱</sup> و سازگاری<sup>۲</sup> توسط

شخصیتی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال جنسی است.

### فرضیه‌های پژوهش

#### فرضیه‌های اصلی

۱- هر پنج عامل بزرگ شخصیت قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی هستند.

۲- مکانیسم‌های دفاعی کیفیت زندگی زنان دارای بدکارکردی جنسی را پیش‌بینی می‌کند.

#### فرضیه‌های فرعی

۱- عامل روان آزرده‌خوبی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی است.

۲- عامل پذیرا بودن به تجربه قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی است.

۳- عامل مسؤولیت‌پذیری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی است.

۴- عامل برون‌گرایی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی است.

۵- عامل سازگاری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی است.

۶- مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی است.

۷- مکانیسم‌های دفاعی روان آزرده‌خوبی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی است.

۸- مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی است.

<sup>1</sup> Muris

<sup>2</sup> Cramer

<sup>3</sup> neuroticism

<sup>4</sup> openness

<sup>5</sup> conscientiousness

بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۷ گزارش گردید. DSQ توانست این تمایز را نمایان سازد.

ضریب آلفای مکانیزم‌ها و سبک‌های دفاعی بین ۰/۸۰ تا ۰/۳۲ و همبستگی بین دو بار اجرا بین ۰/۸۵ تا ۰/۳۸ گزارش گردید. ماده‌های پرسشنامه بر یک مقیاس ۹ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه‌بندی شده بود و هر آزمودنی باید میزان موافقت خود را با هر یک از عبارات (یا مکانیزم‌های دفاعی) تعیین و مشخص نماید. باند و همکارانش پس از تدوین این ابزار رابطه بین سبک‌های دفاعی و چهار گروه از اختلالات روانی (روان گسستگی، اختلالات عاطفی، اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات) را واریسی نمودند. پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) را در ایران حیدری نصب (۱۳۸۵) بررسی و هنجاریابی کرده است. یافته‌ها نشان می‌دهند نسخه ایرانی پرسشنامه، مانند نسخه اصلی آن، از اعتبار مطلوبی برخوردار است. اعتبار این پرسشنامه به کمک روش بازآزمایی و محاسبه آلفای کرونباخ به دست آمده و ضریب آلفا در گروه‌های مطالعه به تفکیک دانش‌آموزان و دانشجویان، جنسیت و سبک‌های دفاعی بررسی شده است.

بیشترین آلفای کل در مردان دانشجوی (۰/۸۱) و کمترین آن در دختران دانش‌آموز (۰/۶۹) مشاهده شد. در سبک‌های دفاعی، بیشترین آلفا به سبک دفاعی رشد نیافته (۰/۷۲) و کمترین آلفا به سبک به روان نژدانه (۰/۵۰) مربوط بود.

همبستگی‌های مربوط به دو بار اجرای پرسشنامه در گروه‌های مطالعه، در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار بود. به این ترتیب، مطالعه، در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار بود. به این ترتیب، مشخص شده که پرسشنامه سبک‌های دفاعی در گروه‌های مطالعه از

این ابزار واریسی می‌گردند. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات متعدد تأیید شده است (هوگان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در ایران نیز روشن و همکاران (۱۳۸۵) اعتبار و پایایی آن را در نمونه دانشجویی بررسی کرده و همبستگی بین بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله یک هفته، بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۲ و آلفای کل پرسشنامه را تا ۰/۸۳ تا ۰/۳۵ گزارش نموده‌اند.

همچنین، اعتبار آن را با آزمون Sci-90 برای عامل‌های پنجگانه مناسب و قابل قبول گزارش نموده‌اند (روشن، ۱۳۸۵). در تحقیق حاضر پایایی به روش آزمون - بازآزمون با فاصله دو هفته و ۲۵ نفر از اعضای نمونه ۰/۸۱ به دست آمد.

ب) پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی (DSQ-۴۰) پرسشنامه سبک‌های دفاعی نخستین بار توسط باند و همکارانش به منظور بررسی مکانیزم‌های دفاعی در افراد بهنجار و بیمار در ۱۹۸۳ تدوین شد. این پرسشنامه ۸۸ ماده را در بر می‌گرفت و ۲۴ مکانیزم دفاعی را واریسی می‌نمود (باند<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳).

باند با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی توانست چهار عامل را در سطح سبک‌های دفاعی از یکدیگر بازبشناسد. او با تجدید نظر در این ابزار در سال ۱۹۸۶ توانست این چهار عامل را مجدداً از یکدیگر تفکیک و نام‌گذاری نماید: ۱- الگوهای عملی سازش نیافته؛ ۲- دفاع‌های تحریف تصویر ذهنی؛ ۳- دفاع‌های خودقربانی کردن گردیده بود و هر آزمودنی باید میزان موافقت خود را با هر یک از عبارات تعیین و مشخص نماید. همبستگی بین عامل‌های رشد نیافته، روان آزرده و رشد نیافته در

<sup>1</sup> extroversion

<sup>2</sup> agreeableness

<sup>3</sup> Hogan

<sup>4</sup> Band

(۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته‌ای) تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر  $0/84$ ،  $0/87$ ،  $0/67$  بود. همچنین، پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با  $0/88$ ، برای سلامت جسمی  $0/70$ ، برای سلامت روانی  $0/77$  و برای روابط اجتماعی  $0/65$  و برای کیفیت محیط زندگی برابر  $0/77$  گزارش شده است. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد.

نتایج آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر  $0/90$  به دست آمد. نصیری به منظور تعیین روایی مقیاس از روایی همزمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید. در پژوهش حاضر برای تعیین روایی از همبستگی نمره کلی هر بعد با تک تک سؤال‌های تشکیل‌دهنده آن بعد استفاده شد.

دامنه ضریب‌های همبستگی به دست آمده از  $0/45$  تا  $0/83$  بود و همه ضریب‌ها در سطح  $0/01$  معنادار بودند. هر گویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت. در تحقیق حاضر پایایی به روش آزمون - بازآزمون با فاصله یک هفته  $0/79$  به دست آمد که در سطح مطلوبی است.

#### یافته‌ها

اعتبار مطلوبی برخوردار است (حیدری‌نصب و همکاران، ۱۳۸۵). در تحقیق حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون - بازآزمون با فاصله یک هفته  $0/84$  به دست آمد.

(ج) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)

برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه مقیاس ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) استفاده شد که در اصل حاوی ۲۶ سؤال است. دو گویه این مقیاس برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد است که تنها در جمع کل نمره‌ها لحاظ می‌شود. به‌طور کلی، این پرسشنامه چهار خرده مقیاس دارد، که چهار دامنه از زندگی را ارزیابی می‌کند که عبارتند از: سنجش سلامت جسمی (۷ گویه)، سلامت روانی (۶ گویه)، روابط اجتماعی (۲ گویه)، محیط زندگی (۸ گویه).

نمره هر گویه در دامنه از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی‌ام) تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی‌ام) قرار دارد. شایان ذکر است که سؤال‌های ۳، ۴، و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین  $0/73$  تا  $0/89$  برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵). در ایران نیز نصیری

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه تحقیق

سن	درصد فراوانی	تحصیلات	درصد
۲۰-۳۰	۲۷	دیپلم	۱۰
۳۰-۴۰	۶۵	فوق دیپلم	۲۸
۴۰-۵۰	۸	کارشناسی	۳۱
میانگین سن	انحراف معیار SD	کارشناسی ارشد	۳۱
۳۱/۷۵	۷/۱۶		

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون میان ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی

متغیر	روان آزرده‌گرایی	برونگرایی	گشودگی	موافق بودن	با وجدان بودن	کیفیت زندگی
	N	E	O	A	C	
روان‌آزرده‌خویی N	۱/۰۰	-۰/۵۱**	-۰/۳۸*	-۰/۳۴*	-۰/۳۶**	-۰/۴۷**
برونگرایی E	-	۱/۰۰	۰/۳۸**	۰/۴۳**	۰/۴۲**	۰/۴۱**
پذیرا بودن به تجربه O	-	-	۱/۰۰	۰/۳۸۴۳**	۰/۲۷	۰/۳۲*
سازگاری A	-	-	-	۱/۰۰	۰/۴۹**	۰/۴۸**
مسئولیت‌پذیری C	-	-	-	-	۱/۰۰	۰/۵۳**
کیفیت زندگی	-	-	-	-	-	۱/۰۰

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی ویژگی‌های شخصیتی

متغیر	ضریب رگرسیون چندگانه R	ضریب تعیین	F	سطح معناداری F	Beta	T	سطح معناداری
روان‌آزرده‌خویی N					-۰/۲۴	-۲/۱۵	۰/۰۴
برونگرایی E					۰/۰۵	۰/۳۶	۰/۷۲
پذیرا بودن به تجربه O					۰/۰۴۸	۰/۳۷	۰/۷۲
سازگاری A	۰/۶۴	۷۴٪	۶/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۰	۱/۴۲	۰/۱۶
مسئولیت‌پذیری C					۰/۳۱	۲/۲۶	۰/۰۳

بنابراین، با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون همزمان فرضیه اول در دو مورد (فرضیه‌های فرعی ۱ و ۳) روان‌آزرده‌خویی و مسئولیت‌پذیری تأیید می‌شود و در سه مورد دیگر تأیید نمی‌شود.

جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون با روش همزمان را در صورتی که هر پنج متغیر مستقل وارد شده‌اند، نشان می‌دهد. ضریب همبستگی چندگانه (پنج متغیری) برای ترکیب خطی ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی برابر با ۰/۶۴ است که این مؤلفه‌ها ۴۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند. این رابطه خطی و با مقدار  $F(5; 45) = 6/29$ ، معنادار است. نتایج نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی نیز بر کیفیت زندگی تأثیر دارد ( $P = 0/0001$ ).

نتایج همچنین نشان می‌دهد که از میان متغیرهای مستقل تنها ضریب رگرسیون استاندارد شده ابعاد روان‌آزرده‌خویی و مسئولیت‌پذیری معنادار هستند ( $p < 0/05$ ) و بقیه ضرایب رگرسیون استاندارد شده معنادار نیستند.



جدول ۴. ضریب همبستگی پیرسون میان مکانیسم‌های دفاعی و کیفیت زندگی

متغیر	سبک‌های رشد یافته	سبک روان آزرده	سبک‌های رشد نیافته	کیفیت زندگی
سبک‌های رشد یافته	۱/۰۰	۰/۲۲	۰/۰۴	۰/۳۷**
سبک روان آزرده	-	۱/۰۰	۰/۲۰**	۰/۰۶**
سبک‌های رشد نیافته	-	-	۱/۰۰	-۰/۲۹*
کیفیت زندگی	-	-	-	۱/۰۰

جدول ۵. خلاصه نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی مکانیسم‌های دفاعی

متغیر	ضریب رگرسیون چندگانه R	ضریب تعیین	F	سطح معناداری F	Beta	t	سطح معناداری
سبک‌های رشد یافته					۰/۳۷	۲/۸۵	۰/۰۰۶
سبک روان آزرده	۰/۴۸	۰/۲۳	۴/۶۸	۰/۰۰۶	۰/۰۴	۰/۲۸	۰/۷۸
سبک‌های رشد نیافته					-۰/۳۱	-۲/۳۹	۰/۰۲

نتایج جدول (۵) در مورد پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس مکانیسم‌های دفاعی است. لذا با توجه به یافته‌های جدول (۵) فرضیه دوم در دو مورد (فرضیه‌های فرعی ۶ و ۸) سبک‌های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته تأیید ( $p < ۰.۰۲$ ) و در مورد مکانیسم‌های دفاعی آزرده تأیید نمی‌شود. نتایج نشان داد که بین مکانیسم‌های دفاعی و کیفیت زندگی زنان رابطه وجود دارد ( $R=۰/۴۸$ ). همچنین، نتایج ( $P=۰/۰۰۶$ ،  $F=۴/۶۸$ ،  $R^2=۰/۲۳$ ) نشان داد که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته کیفیت زندگی بالاتری را پیش‌بینی می‌کند. (Beta= ۰/۳۷،  $t=۲/۸۵$ ،  $p=۰/۰۰۶$ ) و همچنین، مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته کیفیت زندگی پایین‌تری را پیش‌بینی می‌کند. (Beta= -۰/۳۱،  $t=-۲/۳۹$ ،  $p=۰/۰۰۲$ ).

نتایج جدول (۵) در مورد پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس مکانیسم‌های دفاعی است. لذا با توجه به یافته‌های جدول (۵) فرضیه دوم در دو مورد (فرضیه‌های فرعی ۶ و ۸) سبک‌های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته تأیید ( $p < ۰.۰۲$ ) و در مورد مکانیسم‌های دفاعی آزرده تأیید نمی‌شود. نتایج نشان داد که بین مکانیسم‌های دفاعی و کیفیت زندگی زنان رابطه وجود دارد ( $R=۰/۴۸$ ). همچنین، نتایج ( $P=۰/۰۰۶$ ،  $F=۴/۶۸$ ،  $R^2=۰/۲۳$ ) نشان داد که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته کیفیت زندگی بالاتری را پیش‌بینی می‌کند. (Beta= ۰/۳۷،  $t=۲/۸۵$ ،  $p=۰/۰۰۶$ ) و همچنین، مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته کیفیت زندگی پایین‌تری را پیش‌بینی می‌کند. (Beta= -۰/۳۱،  $t=-۲/۳۹$ ،  $p=۰/۰۰۲$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، نقش پنج عامل بزرگ شخصیت و مکانیسم‌های دفاعی در پیش‌بینی کیفیت

<sup>1</sup> Fagan etal

این زنان این ویژگی شخصیتی با افزایش کیفیت زندگی جنسی در فرد در ارتباط است. در فرهنگ اسلامی ایران، برونگرایی و پذیرا بودن به تجربه در این بیماران همیشه با این نوع تجربیات همراه نیست؛ شاید به این علت است که سهمی در پیش‌بینی کیفیت زندگی نداشته است. همچنین، تحقیقات (پیتر و همکاران<sup>۶</sup>؛ ۱۹۹۱) به منظور مقایسه پنج عامل بزرگ شخصیت نئو (NEO-PI) در مردانی با بدکارکردی جنسی و مردانی با نابهنجاری جنسی به این نتیجه رسید که مردانی با نابهنجاری جنسی سطوح بالای N و سطوح پایین A را دارند و این مردان در خصوصیات، همچون: افسردگی، خشم، تکانشگری نمره بالایی می‌گیرند و در مقیاس E و خیال‌پردازی نمره پایین‌تری می‌گیرند و در بعد O نمره بالاتری دارند و نمره آن‌ها از میانگین بالاتر بود و ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند سلامت جسمی را در این بیماران پیش‌بینی کنند.

همچنین، در این ارتباط روان آزرده خوئی با سطوح پایین از رضایت جنسی در ارتباط است و برونگرایی با سطح بالایی از میل جنسی در میان مردان و زنان و افزایش بهزیستی روانی آنان در ارتباط است (کوستا و همکاران، ۱۹۹۲). شاید این مسأله بدان علت است که داشتن ویژگی شخصیتی خاص و نوع رفتار بر رفتار و فعالیت جنسی افراد به گونه مؤثر و یا مخرب تأثیر گذار است.

فرضیه دوم در مورد پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس مکانیسم‌های دفاعی نیز در دو مورد سبک‌های دفاعی رشدیافته و نیافتاده تأیید شد و در مورد مکانیسم‌های روان رنجور تأیید نشد. در تبیین

همچنین، ونمینون و کامپنی<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) و (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند زنانی که ویژگی شخصیتی روان آزرده از نوع وسواس‌گونه دارند، نسبت به گروه کنترل یک یا بیشتر از یک بدکارکردی جنسی در زندگی خود گزارش کرده‌اند و این شخصیت بر کاهش کیفیت زندگی این زنان مؤثر بوده است. در راستای این یافته، تحقیق ویلیام و رینولد<sup>۳</sup> در سال ۲۰۰۶ درباره تأثیر شخصیت روان آزرده بر کارکرد جنسی بیان کرد که مشکل اصلی در بین زنان و مردان دچار افسردگی عمده کاهش سطح لیبدو است که بر کاهش کیفیت زندگی این افراد مؤثر است. همچنین، در مورد ویژگی شخصیتی روان آزرده خوئی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، کونتاگومز و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱ در مطالعه‌ای نشان دادند که در مردان دچار بدکارکردی جنسی ویژگی شخصیتی روان آزرده خوئی (اضطراب و افسردگی و ..) دیده می‌شود و همین امر نیز ۳۱ درصد واریانس کیفیت جسمی و روانی را تبیین می‌کند. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ویژگی شخصیتی روان آزرده خوئی، بهترین پیش‌بینی‌کننده مشکلات جنسی در مردان است.

( $\beta = -0.24$ ,  $P < .01$ ) علاوه بر این، نشانه‌های افسردگی پیش‌بینی‌کننده مشکلات جنسی بود ( $\beta = -0.41$ ,  $P < .01$ ) همچنین، برخلاف تحقیق بتتر و پیلر<sup>۵</sup>، ۱۹۷۹ که نتیجه گرفتند برونگرایی با نوعی از تجربیات جنسی که آیزنک فرض کرد، همچون: شرکای جنسی بیشتر، سکس با افراد جوان‌تر، فراوانی بیشتر رفتار جنسی و در ارتباط است و در

<sup>1</sup> Van Minnen & Kampaman

<sup>2</sup> Vulink

<sup>3</sup> William & Reynolds

<sup>4</sup> Quinta Gomes et al

<sup>5</sup> Bentler & Peeler

<sup>6</sup> Peter et al

رفتن به ناهشیار سرکوب می‌شود و مجالی برای حل این مسأله و بهبود روابط باقی نمی‌گذارد. همچنان‌که این مسأله بر کیفیت روابط و به طبع کیفیت زندگی این بیماران اثر سوئی می‌گذارد و خود منشأ استرس‌ها و اضطراب‌ها و مشکلات فزون‌تری خواهد شد.

امید است که با استفاده از مشاوره‌های فردی و خانوادگی و آگاهی یافتن از ویژگی‌های شخصیتی به این افراد کمک شود و بر بهبود کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار باشد.

همچنین، افرای با ویژگی‌های شخصیتی روان‌آزرده در مقابله با مسائل خود از مکانیسم‌های ناپخته بیشتری استفاده می‌کنند که این مسأله به افزایش مشکلات در این افراد منجر می‌شود (کوستا و براری، ۱۹۹۲).

به‌طور کل، می‌توان گفت افرادی که از مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تری در مواجهه با مسائل و اضطراب‌ها استفاده می‌کنند و کمتر به تحریف واقعیت می‌پردازند، سطح کیفیت زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

۱- یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود که این مسأله تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌ساخت. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی برای افزایش تعمیم‌پذیری به صورت تصادفی صورت پذیرد.

۲- محدودیت دیگر تحقیق، در نظر نگرفتن نوع بدکارکردی جنسی در میان زنان بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در دیگر تحقیقات در آینده نوع بدکارکردی نیز در نظر گرفته شود.

این یافته همان‌طور که کوستا و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که افرادی که اختلال در ارگاسم را تجربه می‌کنند، از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته استفاده می‌کنند.

استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته با مصرف الكل قبل از رابطه جنسی ارتباط مستقیم و معناداری دارد و ارتباط منفی با ارگاسم دارد و به کاهش لذت جنسی و کاهش کیفیت زندگی جنسی منجر می‌شود. بروی<sup>۲</sup> و کوستا، ۲۰۰۸ در مطالعه خود به بررسی ۹۴ زن سالم و دارای اختلال ارگاسم پرداختند و به این نتیجه رسیدند که زنان دارای اختلال ارگاسم از مکانیسم‌های دفاعی جسمانی‌سازی، بی‌ارزش‌سازی، جابه‌جایی و خیال‌پردازی استفاده می‌کنند و نتایج تحلیل رگرسیون اول نشان داد که استمنا و ارگاسم مهملی به‌طور همسانی در پیش‌بینی دفاع‌های ناپخته و پرورش نیافته نقشی مستقل ایفا می‌کنند.

در تحلیل رگرسیون دیگر، استفاده از تحریک خارجی کلیتورال برای ارگاسم در طی آمیزش و فقدان هر ارگاسم مهملی، نقشی مستقل در پیش‌بینی آماری از دفاع‌های ناپخته داشت. همچنین، زنان با

ویژگی شخصیتی برون‌گرایی از مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تری استفاده می‌کنند. استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته به تحریف واقعیت و افزون‌سازی مشکل جنسی منجر می‌شود و سطح کیفیت زندگی را نیز کاهش می‌دهد و همان‌طور که می‌دانیم، یکی از راه‌حل‌های حل مسأله جنسی صحبت زوجین در مورد احساسات یکدیگر در عین فعالیت جنسی است که متأسفانه در این زنان، این احساسات با

<sup>1</sup> Costa et al

<sup>2</sup> Brody

روزنهان، دیوید آل؛ سلیگمن، مارتیت ای. پی. (۱۳۸۵). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ چهارم، تهران: نشر ارسباران. نصیری، حبیب‌الله، (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و نسخه ایرانی آن (IRQOL)، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، تهران.

Anastasiadis, A., G.Davis, A., R. and Ghafar, M., A. (2002). The Epidemiology and Definition of Female Sexual Disorder the Epidemiology and Definition of Female Sexual Disorder. *Journal of Urology*, 20, 74- 78.

Arrington R., Cofrancesco J., W., AW. (2004). Questionnaires to Measure Sexual Quality of life. *Quality of life Research*. 13: 1643° 1658.

Aslan, E., Beji, N., K., Gungor, I., Kadioglu, A., Dikencik, B., K. (2008). Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1.009 Women in a an Outpatient Clinic of University Hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicines*, 5 (6), 2044-2052.

Azar, M., Iranpoor, CH., Noohi, S. (2003) Sexual Dysfunction Relationship with Psychiatric Disorders in Women. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 9, (2), 22-29.

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., and etal. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and Classifications, *Journal of Urology*, 163, 888-893.

Bell, R., R, Bell, PI. (1972). Sexual Satisfaction among Married Women. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 6, 136-144.

Bentler, PM., Peeler, WH. (1979). Models of Female Orgasm. *Archives of Sexual Behavior*, 8 (5), 405-423.

Bonierbalo, M., Lancon, C., Tignol, L. (2003). the Elixir Study: Evaluation of Sexual Dysfunction in 4557 Depressed Patient in Fiancé. *Current Medical Research and Opinion*, 19 (2), 114-124.

۳- محدودیت دیگر تحقیق، استفاده از ابزار کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی است. لذا پیشنهاد می‌شود سایر مطالعات از ابزارهایی، همچون SF-36 و سایر ابزارهایی که ابعاد بیشتری از کیفیت زندگی را در نظر می‌گیرند، استفاده شود.

از کلیه عزیزان؛ به ویژه سرکار خانم بصیرنیا، دانشجوی روانپزشکی دانشگاه نیویورک که ما را در تهیه این پژوهش یاری کردند، ممنون و سپاسگزاریم.

## منابع

آذر، ماهیار؛ ایرانپور، چنگیز و نوحی، سیما. (۱۳۸۲). اختلال جنسی و وضعیت روانی در زنان. *مجله اندیشه و رفتار*. سال نهم، ش ۲، ۲۲-۲۹.

اسپنس، سوزان اچ. (۱۳۸۰). *درمان اختلالات جنسی*. ترجمه حسن توزنده جانی، مسعود محمدی، جهان شیر توکلی‌زاده، محمد دهگان پور، تهران: نشر پیک فرهنگ.

حیدری‌نصب؛ لیلا، آزاد فلاح، پرویز؛ منصوری، محمد و شعیری، محمد رضا. (۱۳۸۶). روایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی. *دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور*، دانشگاه شاهد، سال چهاردهم، ش ۲۲، صص ۱۱-۲۶.

روشن چلسی، رسول، شعیری، محمد رضا؛ عطری فرد، مهدیه، نیک خواه، البر؛ قائم مقامی، بهاره؛ رحیمی‌راد، اکرم. (۱۳۸۵). بررسی ویژگی‌های روان سنجی «پرسشنامه شخصیتی ۵ عاملی نئو (NEO-FFI)، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار، سال سیزدهم، ش ۱۶، ۳۶-۲۷.

- C. M. Meston, S, R. Davis, A. M. Traish). London: Taylor and Francis. 34-41.
- Hayes, RD. (2008). Assessing Female Sexual Dysfunction in Epidemiology Studies: why is it Necessary to Measure both low Sexual Function and Sexually-Related Distress? *Sexual Health*, 5 (3), 215-218.
- Hecker, LL., Wetchler, LL. (2003). an Introduction to marriage and family therapy. U.S.A: .Rout- ledge Press.
- Heidari - Nasab, L., Mansouri, M., Azadfallah, P., Shaieeri, MR. (2007). Validity and Reliability of Defens Style Questionnaire (DSQ-40) in Iranian Samples, *Daneshvar Raftar*, 14, (22), 11-26.
- Heimberg RG, Barlow DH. (1988). Psychosocial Treatment for Social Phobia. *Psychosomatics*, 29, 27-37.
- Heyrat A, SHarifi M, Fatehizadeh SH, Ahmadi A, The effect of Islamic orientation couple therapy on couples` optimism in Isfahan, *J Research in Cognitive and Behavioral Sciences* 2011, 1 (1): 9-22.
- Hisasue, S., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Kato, R., Kobayashi, K., Hashimoto, K., Yamashita, N., Itoh, N. (2005). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Symptoms and its Relationship to Quality of Life: a Japanese Female Cohort Study. *Journal of Urology*. 65 (1), 143-148.
- Hogan, T. (2003). Psychological Testing, A Practical Introduction. USA: John wiley & sons press.
- Kang, J., Laumann, EO., Glasser, DB., Paik, A. (2006). Worldwide Prevalence and Correlates .in Women s Sexual Function and Dysfunction :Study, Diagnostic and Treatment (ed.i Goldstien, CM, Meston SR, Davis AM, Traish) London: Taylor and Francis. 34-41.
- Kaplan, HS. (1987). Sexual Aversion, Sexual Phobias, and panic Disorder. New York: Brunner/ Mazel Press.
- Kaschak, E., Tiefer, L. (2002). a New view of Women s Sexual Problems. New York: Haworth Press.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*. 281 (6), 537-544.
- Brody, S., Costa, R., M. (2008). Vaginal Orgasm Is Associated with Less Use of Immature Psychological Defense Mechanisms. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1167° 1176.
- Costa, RM., Brody, S. (2010). Immature Defense Mechanisms are Associated with Lesser Vaginal Orgasm Consistency and Greater Alcohol Consumption before Sex. *Journal of Sex Medicine*. 7 (2), 775-86.
- Costa, PT., Fagan, PJ., Piedmont, RL., Ponticas, Y., Wise, TN. (1992). The Five-Factor Model of Personality and Sexual Functioning in out- Patient Men and Women. *Journal of Psychiatric Medicine*, 10 (2), 199° 215.
- Cramer, P. (2003). Personality Change in Later Adulthood is Predicted by Defense Mechanism Use in Early Adulthood. *Journal of research in personality* .37, (1), 76-104.
- Daker-White, G., Donovan, J. (2002). Sexual Satisfaction, Quality of Life and the Transaction of Intimacy in Hospital Patients Accounts of Their (hetero) Sexual Relationships. *Social Health and Illness*. 24 (1), 89-113.
- Davis, AR. (2000). Recent Advance in Female Sexual Dysfunction .Current psychiatry Report. (3), 211-214.
- Dennerstein, L., Randolph, L., Taffe, J., Duley, E., Burger, H. (2002). Hormones, Mood, Sexuality and the Menopausal Transition. *Fertile and Sterility*. 77 (4), 42-8.
- Dunn, KM., Jordan, K., Croft, PR., Assendelft, WJJ. (2002). Systematic Review of Sexual Problems: Epidemiology and Methodology. *Journal of sex and marital therapy*. 28 (5), 399-422.
- Eysenck, HJ. (1976). Sex and Personality. London: Temple Smith.
- Fagan, PJ., Wise, TN., Schmidt, CW., Ponticas, Y., Marshall, RD., Costa, PT. (1991). a Comparison of Five-Factor Personality Dimensions in Males with Sexual Dysfunction and Males with Paraphilia. *Journal of Personality Assessment*. 57 (3), 434° 48.
- Fuql-meyer, AR, Fuql-meyer, kS. (2006). Prevalence data in Europe. In women s sexual function and Dysfunction: Study, diagnostic and Treatment (ed.i Goldstien,

- Family and Sexual Health. Tehran: Shahed University; 13 (Persian).
- Roosenhan, LD. & Seligman, EP. (2006). Abnormal Psychology Psychopathology. Translated by Seyed mohammadi Y. Tehran: Arasbaran Press.
- Rosen, RC. (2000). the Female sexual function index (FSFI). a Multidimensional Self-report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function s, *Journal of Sex and Marital Therapy*. 26, 191-208.
- Roshan- Chesly, R., Shaeeri, MR., Atrifard, M, Nikkhah, A., Ghaem, Maghami, B. & Rahimierad, A. (2006). Investigating Psychometric Properties of NEO-Five Factor Inventory (NEO- FFI), *Daneshvar Raftar*.13, (16), 27-36.
- Spector, IP, Carey, MP. (1990). Incidence and Prevalence of the Empirical Literature, *Archives of Sexual Behavior*, 19 (4), 389-408.
- Spence, S H. (2002). Treatment of Sexual Disorders. Translated by Tozanehd Jany H, M. Mohammadi, M, Tavakoli Zadeh GSH, Dahgan pour.M, Tehran: Paik farhang press.
- Van Minnen, A., Kampman, M. (2000). The Interaction between Anxiety and Sexual Functioning: A Controlled Study of Sexual Functioning in Women with Anxiety Disorders. *Sexual and Relationship Therapy*.15, 47-57.
- Vulink, NC., Denys, D., Bus, L., Westenberg, HG. (2006). Sexual Pleasure in Women with Obsessive-Compulsive Disorder? *Journal of Affective Disorders*, 91 (1), 19-25.
- Williams, K., Reynolds, KF. (2006). Sexual Dysfunction in Major Depression. *CNS Spectrums*, 11, (9), 19-23.
- Lewis, RW., Fugl-Meyer, KS., Bosch, R., Fugl-Meyer, AR., Laumann, EO., Lizza, E., Martin- Morales, A. (2004). Epidemiology Risk Factors of Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual medicine*. 1 (4 Pt 2), 35-39.
- Lopiccolo, J. (1995). Sexual Disorders and Gender Identify Disorders in R.J.comer. Abnormal Psychology (2 ends), New York: W.H.Freeman.
- Meston, CM. (2003). Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 29 (1), 39-46.
- Mohammady, KH., Heydary, M., Fgehzadeh, S. (2008). Validity of the Persian Version of Sexual Function in Women as Female Sexual Function Index. *Payesh Health Monitor, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*.7 (3), 269-78.
- Moreira, ED., Brock, G., Glasser, DB., Nicolosi, A., Laumann, EO., Paik, A., Wang, T., Gingell, C. (2005). Help-Seeking Behavior for Sexual Problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Clinical Practice*.59 (1), 6-16.
- Muris, P., Mrckelbach, H., Bogels, S. (1995). Coping, Defense and Fear in College Students. *Personality and Individual Differences*.18, (2), 301-304.
- Nasiri, HA. (2006). Examine the Validity and Reliability of the Short Scale, the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) and its Iranian Version (IRQOL). Proceedings of the Third Seminar on the Mental Health of Students in Tehran. Peter, J., Fagan, TN., Wise, CW., Schmidt, JR., Rondall, PM. (1991). a Comparison of Five ° Factor Personality Dimensions in Males with Sexual Dysfunction and Males with Paraphilia. *Journal of Personality Assessment*. 57, (3), 434-448.
- Quinta, W., Gomes, AL. & Nobre, P. (2011). Personality Traits and Psychopathology on Male Sexual Dysfunction: an Empirical Study. *Journal of Sex Medicine*. 8, (2), 461-9.
- Ramazanee, M., Dolateyan, M., Shams, G. & Alavee, M. (2011). Self-Esteem, Sexual Dysfunction and Satisfaction in Women. Proceedings of the 5th Congress on

## The Role of Big Five Personality Factors and Defense Mechanisms in Predicting Quality of Life in Sexually Dysfunctional Female Patients

\* **S. salary**

Master of clinical psychology, Young Researchers Club, Islamic Azad University Kashmar Branch, Kashmar, Iran

**R. Roshan**

Associate Professor of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran

**M. moghaddathin**

Assistant Professor of Psychometrics, Kharazmi University, Karaj, Iran

### **Abstract:**

Sexual dysfunction can lead to behavioral problems and reduction in a person's quality of life. In 50 % of patients with personality disorders, there is also sexual dysfunction. Psychoanalysis approach attributes the cause of sexual dysfunction to a kind of fundamental anxiety as well as the use of immature mechanisms in these patients. The purpose of this study was to investigate the role of big five personality traits and defensive mechanisms in predicting these patients' quality of life. Statistical sample of this research included 80 women attending sexual health and family clinics of Shahed University using accessible sampling during 2010 and 2011. These subjects were given the Neo Personality Inventory Traits, Defensive Mechanisms, and the World Health organization Quality of Life Questionnaires to answer. The findings showed that personality traits could predict the quality of life in woman with sexual dysfunction. Moreover, among those five personality traits, neuroticism ( $\beta: .24$   $P= .04$ ) and conscientiousness ( $\beta: .31$   $P= .03$ ) were able to predict the quality of life while predictability rate of both factors was 37% of variance on the whole ( $p=0/05$ ). Based on regression analysis, there was a significant relationship between the quality of life and defensive mechanisms so that using more mature defensive mechanisms ( $\beta: .37$   $P= .006$ ) and immature defensive mechanisms ( $\beta: -.31$   $P= .02$ ) could significantly predict quality of life ( $p=0/0001$ ). Also, neurotic defensive mechanisms were not significant predictors of these women' quality of life. ( $\beta: .04$   $P= .78$ ).

**Keywords:** big five personality factors, defense mechanisms, quality of life, sexual dysfunctional disorder.