مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هشتم، شماره یک، فروردین ۱۳۹۹
تاریخ دریافت:۱۳۹۸/۲/۲۲
تاریخ پذیرش:۱۳۹۹/۲/۰۳

مدل رابطه‌ای نارضایتی جنسی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به چاقی با توجه به نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی

فاطمه احمدیان[۱]، سید عباس حقایق*[۲]

مقاله پژوهشی

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی مدل رابطه نارضایتی جنسی با کیفیت زندگی افراد متاهل مبتلا به چاقی با توجه به نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی بوده است.

روش بررسی: جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران چاق (دچار توده بدنی اضافی) مراجعه کننده به مراکز درمانی استان اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. به شیوه نمونه گیری هدفمند، ۱۵۰ نفر بیمار مبتلا به چاقی در یک بازه زمانی سه ماه انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد به پرسش‌نامه‌های رضایت جنسی لارسون (۱۹۸۸)، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی(۱۹۹۶) و صمیمیت زناشویی واکر و تامپسون (۱۹۸۳) پاسخ دهند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از نرم افزار AMOS و مدل سازی به شیوه معادلات ساختاری استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که بین نارضایتی جنسی با کیفیت زندگی در افراد چاق متاهل با توجه به نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد و این مدل در دو مولفه روابط اجتماعی و محیطی کیفیت تایید شد (p <۰۵/). در در بررسی این مدل در دو مولفه سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی روابط معناداری به‌دست نیامد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که صمیمیت زناشویی می‌تواند نقش مهمی در تعدیل افت کیفیت زندگی ناشی از نارضایتی جنسی در این افراد داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: نارضایتی جنسی، کیفیت زندگی، صمیمیت زناشویی، چاقی

ارجاع: احمدیان فاطمه، حقایق سید عباس. **مدل رابطه‌ای نارضایتی جنسی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به چاقی با توجه به نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۹؛ ۲۸ (۱): ۱۴-۲۳۰۲.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۱۹۴۶۵۵۰، پست الکترونیکی: abbas_haghayegh@yahoo.com، صندوق پستی :۸۵۱۴۱۴۳۱۳۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

مقدمه

یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامتی امروز، چاقی (Obese) می‌باشد (۱). چاقی یک بیماری متابولیکی مزمن پیچیده است که توسط تجمع بیش از حد چربی بدن، ناشی از عدم تعادل بین مصرف انرژی و هزینه‌های انرژی به‌وجود می‌آید. چاقی با عوارض جسمانی زیادی از جمله بیماری های قلبی عروقی، دیابت،کاهش کیفیت زندگی، فشار خون بالا و سرطان های مختلف که منجر به بالاترین نرخ مرگ و میر می‌شوند در ارتباط است (۲). هم‌چنین مطالعات اخیر به نقش چاقی بر رضایت‌جنسی (Sexual satisfaction) اشاره کرده‌اند (۳). عوامل مربوط به شیوه زندگی مانند رژیم غذایی، مسائل اجتماعی و فرهنگی و فعالیت‌های جسمانی مسئول شیوع این عارضه در سال های اخیر هستند (۴). اصلاح شیوه زندگی، یعنی تغییر در رژیم غذایی و فعالیت بدنی، به عنوان مداخله اول برای درمان این سندرم راهی مناسب است (۵). رضایت جنسی به عنوان یک ارزیابی ذهنی، شامل واکنش‌های تاثیرگذاری است که از ارزیابی روابط جنسی به‌طور کلی نشات میگیرد و سلامت عمومی فرد را از جنبه‌های گوناگون تحت تاثیر قرار می دهد (۶). رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق می‌شود. سطوح بالایی از رضات جنسی منجر به افزایش کیفیت زندگی زناشویی و کاهش بی ثباتی روابط زناشویی در طول زندگی می گردد. رضایت جنسی تنها لذت جسمانی نیست و شامل کلیه احساسات باقیمانده پس از جنبه‌های مثبت و منفی ارتباط جنسی می‌شود (۷). رضایت جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زندگی زناشویی قرار دارند و سازگاری در روابط جنسی و تناسب و تعادل در آن در بین زوجین از مهم‌ترین علل خوشبختی و موفقیت زندگی زناشویی است (۹-۸). نارضایتی جنسی می‌تواند به دلیل اختلال در عملکرد جنسی باشد، اختلال در عملکرد جنسی یکی از مشکلات شایع و قابل درمان است که به‌طور قابل توجهی بر روی اعتماد به نفس و کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد و به عنوان یکی از دلایل تنش‌های عاطفی و مشکلات زناشویی می‌باشد (۱۰). اختلال در عملکرد جنسی با میزان شاخص توده بدنی در ارتباط است در واقع چاقی می تواند بر عملکرد جنسی تاثیر گذار باشد و باعث کاهش رضایت جنسی افراد چاق شود (۱۱). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی (quality of life) را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگی، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف کرده است (۱۲).کیفیت زندگی سایر جنبه‌های روانی و جسمانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.کیفیت زندگی، یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید که در انجام و ارزیابی مداخلات بهداشتی نقش دارد. اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی، حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرد و چند بعد دارد و از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی و پویا قلمداد می‌نمایند (۱۳). کیفیت زندگی که یک جنبه مهم از زندگی خانوادگی به ویژه صمیمیت زناشویی (intimacy Marital) است، سلامت و بهزیستی افراد را شکل می‌دهد که شامل جنبه‌های مختلفی نظیر سلامت، راحتی فیزیکی و بعد روحی و اجتماعی است (۱۴). در مطالعات متعددی نشان داده شده که چاقی با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی همراه است(۱۵).

صمیمیت عبارت است از رابطه نزدیک، خودمانی و محبت آمیز یا رابطه‌ای عاشقانه و شخصی با فرد دیگری که مستلزم داشتن اطلاعات بسیار جزیی یا شناخت عمیق وی است (۱۶). یکی از نیازهای عاطفی زوج‌ها، صمیمیت زناشویی است که منبع مهمی برای شادی، احساس معنا و رضایت زناشویی در زندگی است (۱۷). شدت صمیمیت زناشویی و مولفه‌های آن در هر زوج است (۱۸). مفهوم پردازی رایج از صمیمیت، سطح نزدیکی به همسر، به اشتراک گذاری ارزش‌ها و ایده‌ها، فعالیت‌های مشترک، روابط جنسی، شناخت از یکدیگر و رفتارهای عاطفی نظیر نوازش کردن است. فردی که میزان صمیمیت بالاتری را تجربه می‌کند، قادر است خود را به شیوه مطلوب تری در روابط عرضه کند و نیاز های خود را به شکل موثرتری به شریک و همسر خود ابراز کند (۲۰-۱۹). افرادچاق توانایی زندگی کاملاً فعال را نداشته چرا که چاقی بر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

عملکرد جسمی و روانی - اجتماعی آن‌ها تاثیر منفی می‌گذارد (۲۱). چاقی به عنوان یک عامل مستقل و تاثیر گذار برکیفیت زندگی نیز مطرح شده است (۲۲). بسیاری از زوج‌هایی که به خاطر وجود مشکلات صمیمیت زناشویی در روابطشان به مشاور مراجعه می‌کنند اغلب نارضایت جنسی را به‌عنوان دلیل اصلی مشکلاتشان ذکر می‌نمایند. در مطالعه اسپوسیتو و همکاران که بر روی ۱۰۸ نفر انجام شد، ۵۲ نفر از افراد مورد مطالعه اختلال عملکرد جنسی داشتند و در این افراد ارتباط معنی‌داری بین شاخص توده بدنی و شاخص عملکرد جنسی زنان مشاهده شد. بر اساس نتایج این مطالعه، شاخص توده بدنی بالاتر با نمره شاخص عملکرد جنسی زنان پایین تر همراه بود، هم‌چنین بین شاخص توده بدنی و اختلال در فازهای تحریک، لغزندگی، ارگاسم و رضایت جنسی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۴-۲۳). در یک تحقیق نشان داده شد که شیوع اختلالات جنسی در بین زنان دارای اضافه وزن و چاقی نسبتا بالا می باشد (۲۵).

در پژوهش‌های داخلی انجام شده، خیری و همکاران در سال (۲۰۱۶) نشان داد که بین کیفیت زندگی و شاخص توده بدنی همبستگی منفی وجود دارد (۲۶). عدل و همکاران در سال (۱۳۹۵) نشان داد که آموزش کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور تاثیرگذار بود و آن را بهبود بخشید (۲۷). با این حال، متغیرهای رضایت جنسی، کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی و افراد چاق در قالب یک مدل بررسی نشده است. از این رو، هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه نارضایتی جنسی با میزان کیفیت زندگی در افراد متاهل مبتلا به چاقی با توجه به نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی بوده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر به لحاظ هدف یک پژوهش بنیادی و به لحاظ طرح یک پژوهش همبستگی می‌باشد. شرکت کنندگان این تحقیق را زنان و مردان چاق متاهل تشکیل دادند. که به منظور رژیم درمانی به مرکز خدمات جامع سلامت شماره ۱،۲ و۳ فلاورجان و سایر کلینیک‌های تغذیه شهر اصفهان مراجعه کردند. چاقی این افراد توسط متخصص تغذیه با اندازه‌گیری شاخص توده بدنی (BMI) تشخیص داده شد. سپس با بررسی‌هایی که روی قد، وزن، BMI انجام شد، افراد واجد شرایط از میان داوطلبین انتخاب شدند.شرایط ورود به مطالعه شامل تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهش، سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، BMI بین ۳۰ تا ۳۵ و توانایی خواندن و نوشتن بود در ضمن پاسخ ندادن به سوالات پرسش نامه ملاک خروج از مطالعه بود. از میان افراد واجد شرایط ۱۵۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در بازه زمانی سه ماه از ۱۵ اردیبهشت تا ۱۵ مرداد ماه انتخاب شدند. سپس به آن‌ها دفترچه پرسش‌نامه‌های مورد نظر داده شد که شامل توضیح اجمالی پژوهش و پرسش‌نامه‌های مربوطه می‌شد، هم‌چنین به آن‌ها گفته شد حداکثر تا سه هفته پرسش‌نامه خود را تحویل مرکز دهند. از میان ۱۴۳ پرسش‌نامه برگشت داده شده ۷ پرسش‌نامه به علت عدم پاسخگویی کامل حذف شده و نمونه نهایی به ۱۳۶ نفر رسید.

شیوه اجرا

بعد از اخذ کداخلاقی از دانشگاه مربوطه، ابتدا به مرکز خدمات جامع سلامت شماره۱،۲ و ۳ فلاورجان مراجعه شد و بعد از هماهنگی های لازم، ازمتخصص تغذیه خواسته شد که طبق شاخص‌های پژوهش آزمودنی‌ها و با اندازه گیری شاخص توده بدنی (BMI) افراد چاق را معرفی نمایند. مراحل اندازه‌گیری BMI به این‌صورت بود که ابتدا قدآزمودنی‌ها بدون کفش در حالیکه بدن صاف، کتف، باسن و پشت پا با دیوار مماس است و سر روبرو را نگاه می‌کند و با دیوار فاصله دارد با متر نواری با واحد سانتی متر اندازه‌گیری شد. وزن نمونه‌ها به‌وسیله ترازوی دیجیتال سکا با دقت ۰/۱ کیلوگرم و حداقل لباس ممکن اندازه‌گیری شد. متخصص تغذیه پس از اندازه‌گیری شاخص توده بدنی افراد چاق را به پژوهشگر ارجاع داد. سپس توضیحات لازم در خصوص انجام تحقیق و هدف آن به آن‌ها داده شد سپس فرم رضایت نامه و دفترچه پرسش‌نامه همراه با راهنمای پژوهش به آن‌ها داده شد. محقق پس از مطالعه و بررسی پرسش‌نامه‌های فاقد اعتبار را از نمونه‌ها حذف نمود.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از آزمون معادلات ساختاری برای ارائه مدل استفاده شد. روش‌های آماری فوق با استفاده از نرم افزار AMOS.23 انجام گردید.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد تایید شده است (کد اخلاق.IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1397.092).

ابزار

پرسش‌نامه رضایت جنسی لارسون

این پرسش‌نامه توسط لارسون و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است پرسش‌نامه رضایت جنسی لارسون شامل 25 سوال به روش پاسخ دهی ۵ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و رضایت جنسی به صورت کلی را می‌سنجد. آلفای محاسبه شده برای این پرسش‌نامه ۰/۹۳ گزارش شده است. پاسخ به سوالات این پرسش‌نامه به صورت ۵ گزینه‌ای و بر اساس یک مقیاس لیکرتی از یک تا ۵ است. بر اساس این پرسش‌نامه نمره ها به طور کلی بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می گیرد و طبقه بندی رضایت جنسی به سطوح عدم رضایت جنسی (نمرهٔ کمتر از ۵۰)، رضایت کم (نمره بین ۵۱ تا ۷۵)، رضایت متوسط (نمره بین ۷۶ تا۱۰۰) و رضایت زیاد (نمره ۱۰۱ به بالاست). (۲۸) . در مطالعهٔ شمس مفرحه (۱۳۸۰) با عنوان "بررسی تأثیر مشاورهٔ زناشویی بر رضایت جنسی زوجین" روایی و پایایی این پرسش‌نامه به ترتیب ۹۰/. و ۸۶/. گزارش شده است (۲۹) .هم‌چنین طی پژوهش بهرامی تحت عنوان بررسی ارتباط رضایت جنسی و افسردگی بین زوجین بارور و نابارور، پایایی این پرسش‌نامه به روش ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بارور۹۳/. و برای گروه نابارور ۸۹/. به‌دست آمده است (۳۰).

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

این مقیاس یک پرسش‌نامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسش‌نامه ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. برای بررسی روایی و پایایی این پرسش‌نامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به‌دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد (۳۱).

مقیاس صمیمیت زناشویی

مقیاس صمیمیت توسط واکر و تامپسون در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. این پرسش‌نامه یک ابزار ۱۷ سوالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین شده است (۳۲). این مقیاس توسط ثنایی در سال ۱۳۷۹ ترجمه شده است. نمره گذاری مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون بر روی یک مقیاس لیکرتی ۷ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۷(همیشه) صورت می‌گیرد. ثنایی (۱۳۷۹) ضریب پایایی این پرسش‌نامه را براساس داده‌های ۱۰۰ زوج در اصفهان ۰/۹۶ به‌دست آورده است (۳۳). مقیاس صمیمیت با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی بسیار عالی برخوردار است. از طریق اجرای همزمان این پرسش‌نامه با مقیاس صمیمیت زناشویی ضریب همبستگی دو پرسش‌نامه محاسبه شد. ضریب همبستگی محاسبه شده ۵۸٪ به‌دست آمد که نشان دهنده اعتبار این مقیاس است (۳۴). در استفاده از روش بازآزمایی و اجرای پرسش‌نامه روی ۳۰ نفر از دانشجویان با فاصله زمانی سه هفته ضریب همبستگی به‌دست آمده برابر است با ۰/۹۵. ضریب آلفای به‌دست آمده ۰/۹۴ بود که بیانگر همسانی درونی خوب این مقیاس است (۳۵).

نتایج

ویژگی های جمعیت شناختی و توصیفی و نتایج رگرسیون مدل ها به ترتیب در جداول ۱، ۲و۳ آورده شده است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

جدول۱ : توزیع فراوانی گروه نمونه بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	سطوح	فراوانی
جنسیت	مرد	۵۷(۴۲)
	زن	۷۹(۵۸)
	مجموع	۱۳۶(۱۰۰)
سن	۲۵ سال و کمتر	۱۲(۹)
	۲۶-۳۵ سال	۳۱(۲۳)
	۳۶-۴۵ سال	۴۷(۳۴)
	۴۶ سال و بالاتر	۴۶(۳۴)
	مجموع	۱۳۶(۱۰۰)
توده بدنی	۳۱	۲۲(۱۶)
	۳۲	۲۰(۱۵)
	۳۳	۲۲(۱۶)
	۳۴	۴۷(۳۵)
	۳۵	۲۵(۱۸)
	مجموع	۱۳۶(۱۰۰)

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد در متغیر جنسیت تعداد زنان شرکت کننده بیشتر از مردان،بیشترین دامنه سنی در دامنه سنی۴۵-۳۶ بوده و بیشترین توده بدنی مربوط به توده بدنی ۳۴ بوده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
نارضایتی جنسی	۷۱/۹۴	۱۲/۹۶	۵۹/۰۰	۹۹/۰۰
صمیمیت زناشویی	۶۷/۴۳	۱۶/۸۴	۳۹/۰۰	۱۰۳/۰۰
سلامت جسمی	۴۷/۶۳	۱۴/۰۱	۲۱/۴۲	۷۵/۰۰
سلامت روانی	۴۴/۳۰	۱۴/۰۱	۲۵/۰۰	۷۰/۸۳
سلامت اجتماعی	۴۷/۴۲	۱۶/۴۳	۱۶/۶۶	۶۶/۶۶
سلامت محیط	۵۳/۴۲	۹/۷۹	۳۴/۳۷	۷۸/۱۰
کل	۴۸/۱۶	۱۹/۷۵	۱۲/۵۰	۷۵/۰۰
کیفیت زندگی	۴۸/۱۸	۹/۷۴	۳۲/۴۷	۶۹/۳۷

در جدول۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارایه شده اند که روابط رگرسیونی آن‌ها در جدول ۳ نشان شده است.

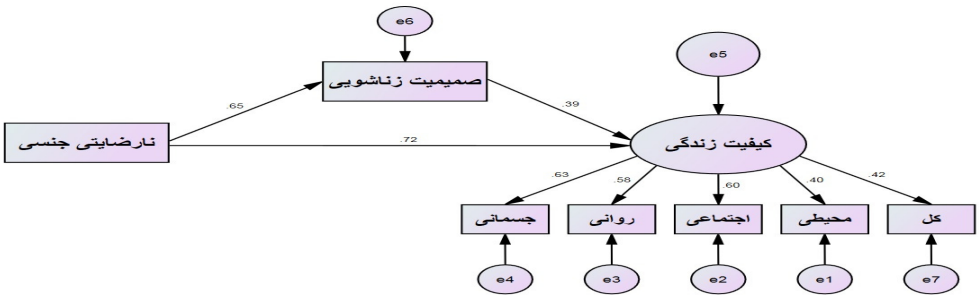
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

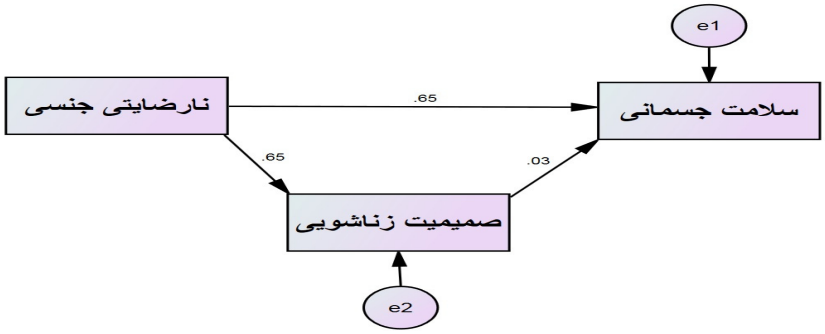
جدول ۳: ضرایب تخمین تاثیر نارضایتی جنسی با کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه ای صمیمیت زناشویی

وزن‌های رگرسیونی	مقدار برآورد	خطای استاندارد	مقدار بحرانی	p- مقدار
نارضایتی جنسی بر صمیمیت زناشویی	۰/۶۵	۰/۰۸	۹/۹۷	۰/۰۰۰
نارضایتی جنسی بر کیفیت زندگی	۰/۷۲	۰/۲۱	۴/۷۰	۰/۰۰۰
صمیمیت زناشویی بر کیفیت زندگی	۰/۳۹	۰/۰۲	۳/۰۸	۰/۰۰۰
نارضایتی جنسی بر کیفیت زندگی با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی	۰/۲۵	–	–	۰/۰۰۰
نارضایتی جنسی بر سلامت جسمانی	۰/۶۵	۰/۰۹	۷/۶۶	۰/۰۰۰
صمیمیت زناشویی بر سلامت جسمانی	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۳۰	۰/۷۵۹
نارضایتی جنسی بر سلامت جسمانی با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی	۰/۰۲	–	–	۰/۶۶۶
نارضایتی جنسی بر سلامت روانی	۰/۷۲	۰/۰۹	۸/۳۵	۰/۰۰۰
صمیمیت زناشویی بر سلامت روانی	-۰/۱۲	۰/۰۷	-۱/۳۶	۰/۱۷۲
نارضایتی جنسی بر سلامت روانی با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی	-۰/۰۸	–	–	۰/۰۹۱
نارضایتی جنسی بر روابط اجتماعی	-۰/۰۴	۰/۰۹	-۰/۵۴	۰/۵۸۸
صمیمیت زناشویی بر روابط اجتماعی	۰/۷۷	/۰۷	۱۰/۰۸	۰/۰۰۰
نارضایتی جنسی بر روابط اجتماعی با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی	۰/۵۰	–	–	۰/۰۰۰
نارضایتی جنسی بر سلامت محیط	-۰/۰۱	۰/۰۷	-۰/۰۶	۰/۹۵۳
صمیمیت زناشویی بر سلامت محیط	۰/۴۹	۰/۰۵	۴/۹۷	۰/۰۰۰
نارضایتی جنسی بر سلامت محیط با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی	۰/۳۲	–	–	۰/۰۰۰

باتوجه به نتایج جدول ۳ نتایج نشان داد که بین نارضایتی جنسی با کیفیت زندگی در افراد چاق متاهل با توجه به نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد(p <۰۵/) و این مدل در همه مولفه های کیفیت زندگی به جز خرده مقیاس جسمی و روانی تایید شده است.ردیف پایانی در هر متغیر که نقش واسطه‌ای را بررسی نموده است نشانگر معناداری یا عدم معناداری اثر مستقیم بوده است. در در ذیل شکل مدل هر قسمت ارایه شده است.



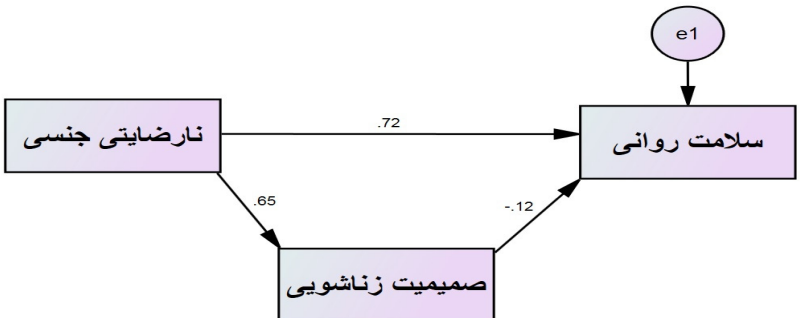
شکل ۱: مدل مفهومی کیفیت زندگی و مولفه‌های آن



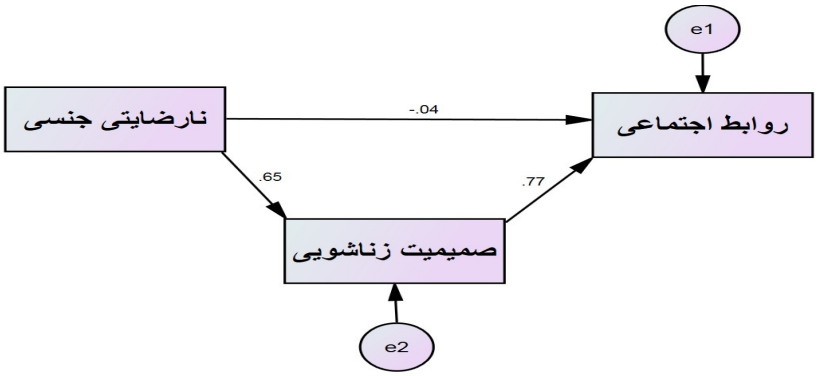
شکل ۲: مدل مفهومی خرده مقیاس سلامت جسمانی کیفیت زندگی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

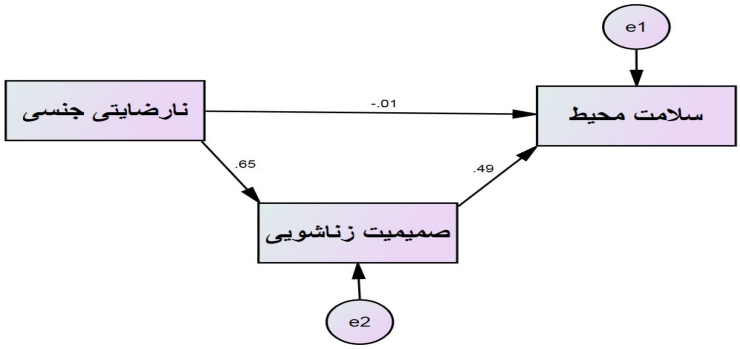
[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]



شکل ۳: مدل مفهومی خرده مقیاس سلامت روانی کیفیت زندگی



شکل ۴: مدل مفهومی خرده مقیاس روابط اجتماعی کیفیت زندگی



شکل ۵: مدل مفهومی خرده مقیاس سلامت محیط کیفیت زندگی

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی مدل رابطه نارضایتی جنسی با کیفیت زندگی افراد متاهل مبتلا به چاقی با توجه به نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی بوده است. در ذیل نتایج به دست آمده مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. بین نارضایتی جنسی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی در افراد چاق متاهل نقش مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش تا حدودی با نتایج پژوهش‌های حیدری (۳۶)، حیدری و فرخی (۳۷)، تفضلی و همکاران (۳۸) و بالل و کوییرک (۳۹) همخوانی دارد. هماهنگی جنسی از معیارهای

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

اساسی در انتخاب همسر معرفی شده است. اگر رفتارها و معیارهای جنسی در زن و مرد خیلی با هم متفاوت باشد می‌تواند مشکلات زیادی ایجاد کند اما اگر تمایلات جنسی زوج، نیاز دو طرف را ارضا کند احساس سعادت در روابط زندگی خانوادگی به‌وجود می‌آید. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که ابعادی همچون: صمیمیت، توافق، صادق بودن، محبت و پایبندی زوجین می‌تواند به گونه طبیعی به‌دلیل افزایش احتمال حل مسئله و کاهش احساسات منفی ناشی از ناتمام ماندن حل مشکلات، کیفیت زندگی را بهبود ببخشد. لذا طبیعی است زوجینی که از صمیمیت بالاتری برخوردار باشند و به‌گونه‌ای منطقی و به دور از توقعات بیجا و هم‌چنین اجتناب غیرمنطقی از بحث و تعارض با هم ارتباط دارند، کیفیت زندگی بالاتری خواهند داشت. براساس نظر راوین (۴۰) صمیمیت زمانی آشکار می‌شود که ازدواج کارکرد خوبی داشته باشد و فقدان صمیمیت حاکی از این است که رابطه زناشویی عملکرد ضعیفی دارد. در تبیین این رابطه می‌توان گفت، اگر بتوان کیفیت زندگی را به‌عنوان مجموعه‌ای از سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و محیطی که به وسیله شخص یا گروهی از افراد تعیین می‌شود در نظر گرفت، افرادی که از صمیمت زناشویی بیشتری برخوردار باشند کیفیت زندگی بالاتری دارند و در نتیجه سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی بالاتری دارند. هم‌چنین می‌توان بیان کرد که صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی یکی از عناصر مهم در کیفیت زندگی می باشد و به‌عنوان یک عامل حمایتی در مقابل مشکلات مرتبط با سلامت در نظر گرفته می شود. بین نارضایتی جنسی و سلامت جسمانی با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی در افراد چاق متاهل نقش مثبت و معناداری وجود ندارد. نتایج این پژوهش تا حدودی با نتایج پژوهش نائینیان و نیک آذین (۴۱) تحت عنوان رابطه صمیمیت و رضایت جنسی با سلامت عمومی و بهزیستی شخصی: بررسی تفاوت‌های جنسیتی و سنی همخوانی ندارد. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که بین صمیمیت و رضایت جنسی در مردان همبستگی قوی و معنی‌دار و در زنان همبستگی متوسط و معنی‌دار وجود داشت. صمیمیت زناشویی پیش‌بینی کننده معنی‌دار سلامت عمومی در زنان و بهزیستی شخصی در هر دو جنس بود. در تبیین این نتایج با تحقیق حاضر می‌توان گفت با توجه به نوع آزمودنی‌ها که افراد چاق می‌باشد که دارای مشکلات جسمانی زیادی به‌دلیل افزایش توده چربی اضافی هستند بنابراین علاوه بر صمیمیت زناشویی نیازمند درمان‌های پزشکی برای رفع این مشکلات نیز می‌باشند پس نمی توان صمیمیت زناشویی به میزان متوسط به‌عنوان تنها عامل در بهبود سلامت جسمانی افراد چاق در نظر گرفت. بنابراین تاثیرصمیمت زناشویی بر خرده مقیاس سلامت جسمی کیفیت زندگی معنادار نبوده است. بین نارضایتی جنسی و سلامت روانی با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی در افراد چاق متاهل نقش مثبت و معناداری وجود ندارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش شاهی و همکاران (۴۲) تحت عنوان رابطه سلامت روان و رضایتمندی زناشویی زوجین همخوانی ندارد. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی توسط سطح سلامت روان فرد پیش بینی می‌شود. در تبیین این نتایج با تحقیق حاضر می‌توان بیان نمود که رضایت جنسی شامل دو مؤلفه اصلی: جسمی (بیولوژیکی) و انگیزشی (روانشناختی) می باشد. از نظر روانی، رضایت جنسی با احساس جذاب بودن و خیال پردازی‌ها مرتبط است. بنابراین، شناخت منفی مانند افکار منفی مرتبط با عملکرد جنسی یا تصاویر بدنی منفی از خود، نقش مهمی در مشکلات جنسی دارد. افراد چاق، تصویر بدنی ضعیف و خودباوری کمی دارند و به دلیل این که عملکرد جنسی با این ویژگی‌ها در ارتباط است، این افراد از کیفیت جنسی خوبی هم برخوردار نیستند. به نظر می‌رسد که افکار منفی، مانع تمرکز بر موقعیت های شهوت انگیز می‌شود و هیجانات منفی مانند اضطراب، شرم و گناه را تقویت و پاسخ‌های جنسی را تضعیف می‌کند. بین نارضایتی جنسی و روابط اجتماعی با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی در افراد چاق متاهل نقش مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش با نتایج

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

پژوهش گندشمین و بوسجین (۴۳) تحت عنوان بررسی ارتباط رضایت زناشویی، رضایت جنسی و امنیت اجتماعی در زوجین تهران همخوانی ندارد که ممکن است به‌دلیل نوع آزمودنی‌ها و تعداد نمونه‌ها باشد (۴۳). هم‌چنین از جهاتی با تحقیق مازوچوا و همکاران (۱۴) همخوانی دارد که نتایج این تحقیق نشان داد، کیفیت زندگی یک جنبه مهم از زندگی خانوادگی به‌ویژه صمیمیت زناشویی است، سلامت و بهزیستی افراد را شکل می‌دهد که شامل جنبه‌های مختلفی نظیر سلامت، راحتی فیزیکی و بعد روحی و اجتماعی است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت با توجه به آنکه خرده مقیاس سلامت اجتماعی کیفیت زندگی شامل ادراک، شناخت و عاطفه مثبت می‌باشد و این عوامل با میزان صمیمیت زناشویی ارتباط دارند بنابراین برقراری ارتباط صمیمانه بین زن و شوهر می‌تواند منجر به درک متقابل آن‌ها شود و توانایی حل مشکلاتشان در موضوعاتی مثل داشتن رابطه جنسی رضایت بخش، نحوه معاشرت با دوستان، نحوه رفت و آمد با اقوام و نحوه گذراندن اوقات فراغت را افزایش دهد و زوج‌هایی که نتوانند ارتباط مناسبی بر قرار کنند در یک وضعیت نامشخص قرار می‌گیرند که نشان می‌دهد این همسران علاوه بر ارضای نیازهای جنسی نیازمند ارضای نیازهای عاطفی و اجتماعی هستند. بین نارضایتی جنسی و سلامت محیط با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی در افراد چاق متاهل نقش مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش تا حدودی با نتایج پژوهش شاهواری و همکاران (۴۴) تحت عنوان تعیین برخی عوامل مرتبط با رضایت جنسی در زنان شهر گچساران همخوانی دارد. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که سن زن، تفاوت سنی با همسر، مدت ازدواج، وضعیت اقتصادی و روش پیشگیری از بارداری از دسته عواملی هستند که بر رضایت جنسی و صمیمت زناشویی زنان مؤثرند و بایستی در مشاوره های جنسی ازدواج و تنظیم خانواده به آن‌ها توجه نمود. در تبیین این نتایج می‌توان اینگونه بیان نمود عواملی که بر خرده مقیاس سلامت محیط کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارند شامل عوامل خارجی از قبیل تعداد فرزندان و یا اضافه شدن فرزند به خانواده هم‌چنین استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری که ممکن است باعث کاهش صمیمیت و عدم هماهنگی جنسی زوجین گردد

نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که ضریب مسیر الگوهای نارضایتی جنسی و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های (روابط اجتماعی و سلامت محیط و کیفیت زندگی) با نقش میانجی‌گری صمیمیت زناشویی در افراد چاق متاهل تأثیر مثبت و معناداری دارد. با توجه به نتایج یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که صمیمیت زناشویی نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد و در نهایت باعث کاهش نارضایتی جنسی می گردد و مؤلفه‌هایی که می‌تواند در غالب صمیمیت زناشویی قرار گیرد می‌تواند شامل مواردی مانند تأکید بر جنبه های مثبت همسر به جای جنبه های منفی، بهتر شدن مهارت فرد در ابعاد مدیریت مالی؛ بهبود شیوه فرزند پروری، ایجاد اعتماد به نفس مثبت باشد. در این پژوهش بر روی جمعیت افراد مبتلا به چاقی بوده است به نوعی محدودیت برای این پژوهش به‌شمار می‌آید و در تعمیم آن به سایر جمعیت‌ها بایستی احتیاط کرد. باتوجه به اینکه کار پژوهشی حاضر از نوع معادلات ساختاری است پیشنهاد می‌شود از حجم بزرگتری استفاده شود تا مولفه‌های صمیمیت و نارضایتی بتوانند بررسی شوند.

سپاس‌گزاری

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد می‌باشد. از کلیه شرکت کننده‌گانی که ما را دراجرای این پژوهش یاری رساندند صمیمانه تشکر و سپاس‌گزاری می‌نمایم.

حامی مالی: ندارد

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

1- Janghorbani M. ***The Effect of Fasting on Body Weight. Blood Pressure, Electrolytes and Blood Cell Count in Men***. Olympic 2010; 18: 61-71.

2- Hosseini K, Amiri P, AzarNivah M, Hamedinia MR. ***the Effect of Aerobic and Exercises on Lipid and CRP in Chubby Girls***. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences and Health Services 2011; 18(3): 188-97. [Persian]

3- Shah MB. ***Obesity and Sexuality in Women***. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 36(2): 347-60.

4- Makhdoumi P, Zarif-Yeganeh M, Hedayati M. ***Physical Activity and Obesity Related Hormones***. Zahedan University of Medical Sciences 2014; 16(8): 6-11.

5- Safarzadeh A, Abbaspour Seyedii A, Talebi Garakani E, Fathi R, Saghebjoo M. ***Aerobic or resistance training improves anthropometricand metabolic parameters in overweight/obese without any significant alteration in plasma vaspin levels***. Sport Sciences for Health 2013; 9: 121-26.

6- Baumeister RF. ***Social Psychology and Human Sexuality***. Journal of Psychological Bulletin 2007; 126: 347-74.

7- Masoumi SZ, Shayan A, Ghadiri M, SharifahGh, Fakori A. ***Relationship between Sexual Satisfaction and Type of Delivery in the Visitors to the Monuments of Hamadan***. Uremia Journal of Nursing and Midwifery 2016; 15(1): 67-75. [Persian]

8- Jonaidy E, NooraniSadodinSh, Mokhber N, Shakeri MT. ***Comparing the Marital Satisfaction and Sexual Satisfaction in Infertile and Fertile Women Referred to the Public Clinics in Mashhad in 2006-2007***. [Dissertation]. Mashhad: Uni Mashhad; 2007. [Persian]

9- Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C. ***Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section***. J Sex Med 2016: 13(3): 393-401.

10- Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Ajlouni KM. ***Factor Associated with Sexual Dysfunction in Jordanian Woman and their Sexual Attitudes***. Ann Saudi Med 2009; 29(4): 270-4.

11- Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. ***Sexual dysfunction in obese and overweight women.*** International Journal of Impotence Research 2010; 22: 220-26.

12- Iamai K, Gregg EW, Chen YJ, Zhang P, Rekeneire N, Willamson DF. ***The Association of BMI with Function Status and Self- Lite Health in US Adults*** .Obesity 2008; 16(2): 402-8.

13- Cummins RA. ***Moving from the Quality of Life Concept to a Theory***. Journal of International Dis Ability Research 2005; 49(10): 699-706.

14- Mazuchovan L, Kelcíkova S, Dubovicka Z. ***Measuring Women's Quality of Life During Pregnancy.*** Kontakt 2018; 20(1): 31-36.

15- Ucan O, Ovayolu N. ***Relationship Between Diabetes Mellitus, Hypertension and Obesity, and Health-Related Quality of Life in Gaziantep, a Central South-Eastern City in Turkey***. J Clin Nurs 2015; 19: 2511-19.

16- Bagrozy D. ***Improvement of Intimacy in Marriage***. Tehran: Alzahra University; 2008: 81-82. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

17- Jang SW, Chung HJ, Lee LY. ***The Influence of Family-of-Origin Experiences and Marital Intimacy on Parent-Child Relation***. Journal of Family Relations 2011; 15(15): 93-111.

18- Hasson-Ohayon I, Ben-Pazi A, Silberg T, Pijnenborg G, Goldzweig G. ***The Mediating Role of Parental Satisfaction Between Marital Satisfaction a nd Perceived Family Burden Among Parents of Children with Psychiatric Disorders***. Psychiatry Res 2019; 271: 105-10.

19- Moreira H, Canavarro MC. ***Psychosocial Adjustment and Marital Intimacy among Partners of Patients with Breast Cancer: A Comparison Study with Partners of Healthy Women***. J Psychosoc Oncol 2013; 31(3): 282-304.

20- Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham C, Anise AH. ***The Incidence of Co-Morbidities Related to Obesity and Over Weight: a Systemic Review and Meta-Analysis***. BMC Public Health 2009; 9: 88.

21- Ghorbani A, Ziaei A, Sadeghi T, Asfazadeh S. ***Comparison of the Quality of Life of Obese Women with Normal Weight Women***. Journal of Medical School, Mashhad University of Medical Sciences 2012; 55(3): 144-50. [Persian]

22- Philips David. ***Quality of Life Concept, Policy and Practice***. London: Rutledge; 2006: 105-7.

23- Esposito K, Ciotola M, Giugliono F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. ***Association of Body Weight with Sexual Function in Women***. Int J Impot Res 2007; 19(4): 353-7.

24- Rowland DL, Mc Nabney SM, Mann AR. ***Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women***. Sex Med Rev 2017; 5(3): 323-38.

25- Abidin a, Draman N, Shaiful I, Izadora M, Imran A. ***Female Sexual Dysfunction among Overweight and Obese Women in Kota Bharu, Malaysia.*** Journal of Taibah University Medical Sciences 2016; 11(2): 159-67.

26- Khairy S, Eid S, El Hadidy L, Gebril O, Megawer A. ***The Health-Related Quality of Life in Normal and Obese Children***. Egyptian Pediatric Association Gazette 2016; 64(2): 53-60.

27- Adl H, Shafi Abadi A, Pirani D. ***The Effect of Group-Based Psychotherapy Based on Quality of Life on Marital Intimacy in Infertile Women***. J Arak Uni Med Sci 2016; 19(10): 59-71.

28- Larson JH, Anderson SM, Holman TB, Niemann BK. ***A Longitudinal Study of the Effects of Premaritalcommunication, Relationship Stability, and Self-Esteem on Sexual Satisfaction in the First Year of Marriage.*** J Sex Marital Ther 1998; 24(3): 193-206.

29- Mooshkbid- Haghighi, Shams-Mofarahe Z, Majd-Timory MMV, Hosseini F. ***The Effect of Marital Counseling on Sexual Satisfaction of Couples in Shiraz***. Journal of Health Research 2002; 15(32-33): 15-9. [Persian]

30- Bahrami N, Sattarzadeh N, RanjbarKoochaksariie F, Ghoujizadeh M. ***Relationship between Sexual Satisfaction and Depression among Fertile and Infertile Couples.*** Fertility and Infertility Quarterly 2007; 8(1): 52-9. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

31- Nejat S, Montazeri A, Halakoueinaini K, Kazem M, Majdzadeh R. ***Standardization of World Health Organization Quality of Life Questionnaire Translation and Psychometric Evaluation of Iranian Species***. Journal of School Of Public Health and Institute of Public Health Research 2006; 4(4): 1-12. [Persian]

32- Walker AJ, Thompson L. ***Intimacy and Intergenerational Aid and Contact among Mothers and Daughters.*** Journal of Marriage and the Family 1983; 45(4): 841-49.

33- Sanaei B. ***Family Measurement and Marriage Scales***. Tehran: Besat Publishing 2002; 50-3. [Persian]

34- Bahrami F, Fatehizadeh M, Olaye N. ***Making and Determining the Validity and Reliability of Couples' Intimacy Test***. Eighth Week of Isfahan University Research 2005. [Persian]

35- Naderi Moghadam S***. Determining the Relationship between Intimacy and the Duration of Marriage in Couples in Sari City***. [Dissertation]. Khouzestan: Uni Behshahr; 2007. [Persian]

36- Heydari M. ***Study of Multiple Relationships Between Satisfaction with Life, Marital Satisfaction and Sexual Satisfaction with Improving Quality of Marital Life In Married Women in Abadeh***. Journal of Women and Society 2017; 8(4): 205-28. [Persian]

37- Heydari M, Farokhi F. ***Factors Affecting the Quality of Life of Married Women and Men in Abadeh, Research Project***. [Dissertation]. Fars: Uni Abadeh; 2016. [Persian]

38- Tafazoli M, Azmudeh E, Parnanemam Verdijani A, Dadgar S***. Correlation Between Marital Satisfaction and Quality of Life in Women with Type2 Diabetes.*** Iranian Women Obstetrics and Infertility Journal 2015; 18(175): 16-24. [Persian]

39- Symonds T, Boolell M, Quirk F. ***Development of A Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women.*** Journal of Sex & Marital Therapy 2015; 31(5): 385-97.

40- Ravens-Siebeter U, Gosch A, Rajmil L, Erthart M, Brtuil J, Power M, et al. ***Balancing Work and Family. Equity, Gender, Marital Satisfaction.*** The Amily Journal Counseling and Therapy for Counseling and Therapy for Couples and Families 2005; 13(2): 162-66.

41- Nainian M, Nick Azin A***. Relationship of Intimacy and Sexual Satisfaction with General Health and Personal Well-Being: The Study of Gender and Age Differences.*** Journal of Research in Behavioral Sciences 2012; 10(7):735-45. [Persian]

42- Shahi A, Ghaffari A, Qasemi M. ***Relationship between Mental Health and Marital Satisfaction of Couples.*** Two Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2011; 15(2):119-27. [Persian]

43- Gandschin M, Bussingen R. ***Relationship between Marital Satisfaction, Sexual Satisfaction and Social Security in Couples in Tehran.*** Quarterly Journal of Police of Capital 2014; 8(4): 9-24. [Persian]

44- Shahvari Z, Gholizadeh L, Mohammad Hosseini S. ***Determination of Some Factors Related to Sexual Satisfaction in Gachsaran Women***. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2010; 11(4): 51-6. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 28| NO 1 | Apr 2020

Received: 12 May 2019
Accepted: 22 Apr 2020

Relationship Model between Sexual Dissatisfaction and Quality of Life in Married Obese Patients with Mediating Role of Marital Intimacy

Fatemeh Amadian[1], Sayed Abbas Haghayegh[*2]

Original Article

Introduction: This research aimed to investigate the relationship between sexual dissatisfaction and quality of life in married obese persons with mediating role of marital intimacy.

Methods: The statistical population of this study concluded all patients with obesity (having extra body mass) referred to Isfahan health centers in 2018. Through targeted sampling method, 150 patients were selected at a time interval of three months. They were asked to respond to the questionnaires of Larsson's Sexual Satisfaction (1988), the quality of life of the World Health Organization (1996), and Walker & Thompson's (1983) marital intimacy. In order to analyze the research data Amos software and structural Equation Method were run.

Results: The results showed that there was a significant relationship between sexual dissatisfaction and quality of life in married obese people with regard to the mediating role of marital intimacy and this model was confirmed in all components of quality of life except physical and mental subscales ($p< 0.05$).

Conclusion: According to the results of the findings, it can be concluded that marital intimacy plays an important role in the quality of life and ultimately reduces sexual dissatisfaction.

Keywords: Sexual dissatisfaction, Quality of life, Marital intimacy, Obesity.

Citation: Amadian F, Haghayegh S.A. **Relationship Model between Sexual Dissatisfaction and Quality of Life in Married Obese Patients with Mediating Role of Marital Intimacy.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2020; 28(1): 2302-14.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.18502/ssu.v28i1.3133]

[1]M.A of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
[2]Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 031-42293030**, email:** abbas_haghayegh@yahoo.com