

همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه رفتار فزون کنشی جنسی در بین دانشجویان

بهزاد شالچی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
سید قاسم سید هاشمی: کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران- نویسنده
رابط: seyedhashemi@azaruniv.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: اختلال فزون کنشی جنسی به صورت تلاش های ناموفق متعدد افراد در کنترل یا کاهش مدت زمان صرف شده برای درگیر شدن در تخیلات، تمایلات و رفتارهای جنسی تعریف می شود. هدف از انجام این پژوهش، بررسی روایی، پایایی و ساختار عاملی پرسشنامه رفتار فزون کنشی جنسی در دانشجویان بود که توسط رید و همکاران ساخته شده است.

روش کار: در این پژوهش توصیفی، ۳۰۰ نفر از دانشجویان مرد دانشگاه شهید مدنی آذربایجان به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای بر اساس دانشکده و رشته گروه انتخاب شده و پرسشنامه رفتار فزون کنشی جنسی بین آن ها اجرا شد. جهت تعیین روایی و پایایی پرسشنامه، تحلیل عاملی تاییدی و آزمون آلفای کرونباخ به کار رفت.

نتایج: پایایی به دست آمده برای مولفه های کنترل، پیامدها، مقابله ای و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۸۶ و ۰/۹۰ قرار گرفتند که حاکی از پایایی مطلوب مقیاس می باشد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز رابطه معناداری بین متغیرهای آشکار (سؤالات) و سازهای نهفته (عاملها) را تأیید و نشان داد که ساختار ۳ عاملی از برازش مطلوبی در نمونه ها برخوردارند ($GFI=0.91$ ، $AGFI=0.98$ ، $CFI=0.957$ ، $RMSEA=0.057$).

نتیجه گیری: پرسشنامه رفتار فزون کنشی جنسی در بین دانشجویان از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و استفاده از این ابزار در تحقیقات آینده مورد حمایت و قابل اعتماد است.

واژگان کلیدی: رفتار فزون کنشی جنسی، همسانی درونی، تحلیل عاملی تاییدی، دانشجویان

مقدمه

چند دهه گذشته محور توجه متخصصان سلامت روانی و

پژوهشگران بوده است (Mick and Hollander 2006; Hook et al. 2010; Rinehart and McCabe 1997; Bancroft 2008; Kafka 2010; Reid 2012).

در سال ۱۸۱۲ رفتارهای جنسی مفرط توسط Benjamin Rush، پزشک و یکی از ۷ مؤسس اصلی ایالات متحده آمریکا به صورت بالینی ثبت شد (Rush 1947). در سال ۱۹۰۰، Krafft-Ebbing بیماری را توصیف کرد که با عنوان بیش تحریک پذیری جنسی

در ادبیات بالینی برای رفتارهای جنسی اعتیادگونه و آسیب شناسانه از اصطلاحات مختلفی از قبیل حشری بودن زنان (nymphomania)، شهوت پرستی مرد (Satyriasis)، دون ژوانیسم (Don Juanism)، وسواس و اجبارگری جنسی (Sexual Compulsivity) تکانش گری جنسی (Sexual Impulsivity)، رفتار جنسی خارج از کنترل و اختلال فزون کنشی جنسی (Hypersexual Disorder) استفاده شده و در طول

همبود با این اختلال، همراهی بیماری‌های الکل و اعتیاد به مواد مخدر، اختلالات خوردن و اعتیادهای رفتاری دیگر (به عنوان مثال خرید اجباری، قمار و معتاد به کار) می‌باشد (Langstrom and Hanson 2006). از تأثیرات نامطلوب دیگر اعتیاد جنسی می‌توان به احساس شرم از خود و دیگران و گوشه‌گیری، آشفتگی در روابط خانوادگی و زناشویی، و از دست دادن بهره‌وری در محل کار و خانه به دلیل زمان صرف شده برای جستجو فعالیت‌های جنسی اشاره کرد (Miles et al. 2016).

هیچ مفهومی در زمینه سکسولوژی به این اندازه توجه پیدا نکرده و در میان درمانگران اختلاف نظر درست نکرده است و از آن به‌عنوان رفتارهای جنسی مشکل‌ساز یا خارج از کنترل ملاحظه شده است و نیازمند اصطلاح و عبارت بهتری است، بسیاری از درمانگران و عامه مردم این رفتارها را به «اعتیاد جنسی» منتسب می‌کنند (Carnes 1983).

فقدان شواهد تجربی بر روی اعتیاد جنسی ناشی از فقدان کامل نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders از این بیماری است. در DSM-III-R از اعتیاد جنسی به‌عنوان یک اختلال جنسی که "به روش دیگری مشخص نشده" معرفی شده است. در دو نسخه DSM-4، اعتیاد جنسی حذف شده است. با این حال، کار گروه DSM پیشنهاد کرده بود که در اختلالات هویت جنسی و جنسیتی معیارهای تشخیصی پیشنهاد شده اختلال فزون‌کنشی جنسی (Hypersexual Disorder (HD)، برای گنجاندن در DSM-5 در نظر گرفته شود (Kafka 2010). انجمن روانپزشکی امریکا، چندین طرح پیشنهادی را برای اختلالات جدید رد کرده است و HD نیز در DSM-5 جدید نیست. با اینکه متخصصان بالینی این اختلال را درمان کرده باشند، هیأت امنای انجمن روانپزشکی برآورد کرده‌اند که پژوهش به اندازه کافی برای اضافه کردن این اختلال به بخش ۳ (اختلالاتی که نیاز به تحقیق بیشتری است) در DSM-5 وجود ندارد (American Psychiatric Association

(Sexual hyperesthesia) نامیده می‌شدند و آن را بازتاب افزایش غیرطبیعی (ناپهنجار) میل جنسی دانست (Krafft-Ebing and Klaf 1965). مفهوم اعتیاد جنسی (Sexual addiction) در اواسط سال ۱۹۷۰ معرفی شد. Orford اولین کسی بود که رفتار جنسی مفرط غیرپارافیلیایی (Nonparaphilic) را به عنوان وابستگی جنسی مفهوم‌سازی کرد و این رفتار جنسی خارج از کنترل را به عنوان یک اعتیاد جنسی شناسایی و با رفتار اعتیاد به الکل مقایسه کرد. او این رفتار را به عنوان یک الگوی ناسازگارانه از استفاده و کنترل رفتاری مختل شده که با عواقب نامطلوب همراه بود، توصیف نمود (Orford 1978, 2001). در کتاب پرفروش "بیرون از سایه‌ها: درک اعتیاد جنسی" Patrick Carnes اعتیاد جنسی را به عنوان یک وضعیت آسیب-شناسی روانی متداول کرد (Carnes 1983). این کتاب منجر به انتشار یک سری از کتاب‌ها و مقالات در مورد رفتار جنسی مفرط شد. پس از آن (Kinsey et al. 1984) مفهوم خروجی جنسی کلی (Total sexual outlet) را توصیف کردند. آن مفهوم مربوط به مجموع تعداد ارگاسم‌های هفتگی می‌شود که توسط هر ترکیبی از خروجی‌های جنسی (مانند استمناء، آمیزش جنسی و رابطه جنسی مقعدی و دهانی) به‌دست می‌آید.

عواقب نامطلوب اعتیاد جنسی شبیه به عواقب ناشی از سایر اختلالات اعتیادآور می‌باشد (Gold and Heffner 1998). مردان و زنان مبتلاء به اعتیاد جنسی همچنین در انواع دیگر رفتارهای پرخطر از جمله مصرف دخانیات، الکل، سوء مصرف مواد مخدر غیرقانونی درگیر هستند (Kafka 2010). اعتیاد جنسی معمولاً با اختلالات روانی از جمله اختلالات خلقی که با بدتنظیمی‌های خواب و اشتها (افزایش یا کاهش)، هراس اجتماعی، اختلالات اضطرابی، افسرده‌خویی، تکانش‌گری، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مرتبط هست (Semaille 2009; Mick and Hollander 2006; Garcia and Thibaut 2010). رایج‌ترین بیماری‌های

جلوگیری از خطر ابتلا به عفونت‌های ویروسی از قبیل HIV انجام می‌شود.

علائم شناختی و عاطفی شامل افکار وسواسی از رابطه جنسی، احساس گناه در مورد رفتارهای افراطی جنسی، تمایل به فرار یا سرکوب هیجان‌ناخوشایند، تنهایی، خستگی، شرم، پنهان کاری رفتارهای جنسی، توجیه عقلی در مورد رفتارهای جنسی، بی‌تفاوتی درباره شریک جنسی معین، ترجیح به روابط جنسی به صورت ناشناس، میل به روابط جنسی بدون صمیمیت و فقدان کنترل در بسیاری از جنبه‌های زندگی است (Coleman et al. 2003; Coleman-Kennedy and Pendley 2002).

HD بیشتر در میان مردان رایج می‌باشد، در نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع و دارای یک دوره مزمن می‌باشد (Kaplan and Krueger 2010) و محدوده آن می‌تواند بین اختلال فزون‌کنشی تا رفتار جنسی طبیعی کشیده شود، که وابسته به رفتار همسر، ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و اعتقادات مذهبی می‌باشد (Karim and Chaudhri 2012). شیوع آن در جمعیت عمومی تقریباً ۳ تا ۶ درصد (Black 2000; Goodman 1993) و نرخ‌های بالاتر آن در جمعیت‌های خاص، مانند مجرمان جنسی (Marshall and Marshall 2006) و افراد مبتلا به HIV نشان داده شده‌است (Kalichman and Rompa 2001).

جمعیت دانشجویی از جمله گروه‌هایی هستند که در برخی از مطالعات رفتارهای جنسی وسواسی و اعتیادگونه در میان آن‌ها گزارش شده است (بعنوان مثال نگاه کنید به، Seegers 2003; Dodge et al. 2004; Luquis et al. 2012). شیوع اختلالات روانی در میان دانشجویان به همان اندازه افراد غیر دانشجو می‌باشد (Blanco et al. 2008)، و این اختلالات به نظر می‌رسد که از لحاظ تعداد و شدت در حال افزایش می‌باشد (American College of Health Association 2008; Gallagher 2008).

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که بسیاری از دانشجویان در روابط جنسی درگیر می‌شوند که احتمال بروز مشکلات

(2013). با توجه به تنوع در تعاریف، مفاهیم و ارزیابی‌ها از اعتیاد جنسی یا HD و رد آن توسط DSM-5، متخصصان بالینی با تاکید بر کارکرد بالینی مفید این اختلال، بررسی‌های دقیقی انجام دادند که منجر به تشریح برخی از جنبه‌های مدیریت آن شده است و نیاز به تبیین بیشتر سبب‌شناسی و شناسایی خصوصیات مربوط به HD، از جمله خطرات بهداشتی احتمالی مرتبط با بیماری‌های مقاربتی را دارد (Coleman et al. 2010; Parsons et al. 2012).

HD، اعتیاد جنسی، اجبارگری جنسی، یا تکانش‌گری جنسی اصطلاحاتی هستند که در تحقیقات مختلفی برای توصیف وضعیت افراد مبتلاء استفاده شده‌است، و به تخیلات، تمایلات و رفتارهای جنسی اشاره دارد که به سختی کنترل و باعث مشکلاتی در زندگی افراد می‌شود (Garcia and Thibaut 2010; Rosenberg et al. 2014). Kafka، HD را به عنوان "یک اختلال میل جنسی تعریف می‌کند که با افزایش در فراوانی و شدت تمایلات، انگیزتگی، خیال پردازی جنسی مشخص می‌شود، و این رفتار در ارتباط با یک جزء تکانش‌گری (پاسخ رفتاری ناسازگارانه با پیامدهای نامطلوب) نمایان می‌شود". در حالی که شباهت‌های بسیاری در چگونگی تعریف رفتار فزون‌کنشی جنسی در میان محققان و متخصصان بالینی وجود دارد، برخی از تفاوت‌ها در طول مطالعات مشهود است (Kafka 2010).

در عمل بالینی علائم HD یا اعتیاد جنسی را می‌توان به دو نوع تقسیم کرد که شامل علائم رفتاری و علائم شناختی و هیجانی می‌باشد: علائم رفتاری شامل جستجو شرکای جنسی جدید، داشتن روابط جنسی مکرر، درگیر شدن در استمناء اجباری، استفاده مکرر از پرونوگرافی، تلاش‌های مکرر ناموفق برای کاهش یا توقف رفتارهای جنسی بیش‌اندازه، درگیر شدن در فعالیت‌های مخاطره‌آمیز جنسی، پرداختن پول (ولخرجی) برای خدمات جنسی، و مقاومت در برابر تغییرات رفتاری که برای

گنجانده شده‌اند. مقیاس اجبارگری جنسی (Sexual Compulsivity Scale) یکی دیگر از مقیاس‌های پرکاربرد می‌باشد که توسط Kalichman و Rompa در سال ۲۰۰۱ توسعه داده شده‌است. این پرسشنامه ۱۰ آیتمی می‌باشد که رفتار اجباری جنسی، اشتغالات ذهنی جنسی و افکار ناخوانده و مزاحم جنسی را ارزیابی می‌کند. این آیتم‌ها در مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شوند که امکان اندازه‌گیری ابعاد اجبارگری جنسی را فراهم می‌کند (Kalichman and Rompa 2001).

کیفیت روانسنجی ابزارهای موجود بطور کلی پایین است و مطالعات اعتبار سنجی (validation) بیشتری برای این ابزارها مورد نیاز است (Hook et al. 2010). با توجه به ادبیات، معایب قابل توجهی (به‌عنوان مثال، استفاده از سوالات دو پهلو و سوالات بیش از حد کلی) در تعدادی از این ابزارها وجود دارد (Reid et al. 2011). علاوه بر این، مشکلات مربوط به رفتارهای جنسی به‌طور بالقوه تعریف نشده‌اند یا اندازه‌گیری‌ها بصورت ضعیف‌تری تعریف شده‌اند، در نتیجه یک ارزیابی بسیار محدود که نهایتاً افرادی را که معیارهای تشخیص را برآورده می‌سازند از مطالعه خارج و به‌طور صحیح آنها را ارزیابی نمی‌کند و این عوامل باعث شد که (Reid et al. 2011) پرسشنامه-ی رفتار فزون‌کنشی جنسی Hypersexual Behavior Inventory (HBI-19) را توسعه دادند. هنگام ساخت HBI-19، با در نظر گرفتن اشتباهات ابزارهای قبلی، از پرسش‌هایی استفاده کردند که از شرکت کنندگان درباره استفاده از رابطه جنسی به عنوان یک سازوکار مقابله‌ای و وسیله‌ای برای کاهش سطوح مختلف استرس پرسیده می‌شد. HBI-19، رفتارهای افراد درگیر در HD را به‌صورت دقیق‌تر ارزیابی می‌کند و توسط (Kafka 2010) برای DSM-5 پیشنهاد شده است.

با توجه به اینکه HBI-19 ابزاری قوی در شناسایی و تشخیص رفتارهای جنسی اعتیادگونه و مشکل‌ساز هست و همچنین تحقیقات اندکی در حوزه رفتارهای آسیب شناسانه‌ی جنسی در جامعه ایرانی (Seyed Hashemi

بهداشتی جدی از قبیل بیماریهای عفونی مقاربتی، HIV و بارداری ناخواسته را افزایش می‌دهد (Davidson et al. 2008; Lefkowitz et al. 2004; Arnett 2000; Beckwith and Morrow 2005; Penhollow et al. 2005). سهولت دسترسی به کامپیوتر و اینترنت، تبلت‌ها و گوشی‌های هوشمند در قشر دانشجویی باعث دستیابی راحت به اتاق‌های گفتگو، وب سایت‌ها و برنامه‌های هرزه‌نگاری شده است (Weeks 2016)، این برنامه‌ها رفتارهای جنسی را از طریق تولید لذت تقویت کرده و باعث وارد شدن افراد در چرخه‌های خارج از کنترل و اعتیادی می‌شوند.

در سال‌های اخیر، با توجه به کثرت تحقیقاتی که در مورد اعتیاد جنسی صورت گرفته، منجر به گسترش و توسعه ابزارهای غربالگری برای تشخیص این اختلال شده است. در یک مطالعه مروری (Karila et al. 2014) از ابزارهای موجود، ۲۲ پرسش‌نامه معرفی کرده بودند. پنج پرسش‌نامه جدید از یک بررسی مروری توسط (Hook et al. 2010) ساخته شده‌است، این ابزارها علائم اعتیاد جنسی و یا عواقب نامطلوب این اختلال را ارزیابی می‌کند (Carnes and O'Hara 1991) از نویسندگانی هستند که برای اعتیاد جنسی یک ابزار ارزیابی درست کرده‌اند، آزمون غربالگری اعتیاد جنسی Sexual Addiction Screening Test (SAST) یکی از اولین ابزارهای اندازه‌گیری علائم اعتیاد جنسی بود. SAST از ۲۵ آیتم دو بخشی مرکب شده که برای اندازه‌گیری علائم اعتیاد جنسی در مردان به جنس مخالف طراحی شده است. SAST می‌تواند میان مردان معتاد جنسی و غیر معتاد تمایز قائل شود و با دیگر ابزارهای اعتیاد جنسی روانی همگرایی دارد (Delmonico and Miller 2003).

اخیراً (Carnes et al. 2012) PATHOS را که یک ابزار کوتاه برای ارزیابی اعتیاد جنسی درست کرده‌اند و یک ابزار شش آیتمی می‌باشد که مربوط به اشغال ذهنی، شرم، درمان جویی، صدمه زدن به دیگران، رفتار خارج از کنترل، غمگینی می‌باشد. این آیتم‌ها در SAST

صورت مقاله کسب گردید. معیارهای ورود دانشجویان به مطالعه عبارت بودند از: اشتغال به تحصیل طی مدت زمان مطالعه، جنسیت مذکر، تمایل جهت شرکت در مطالعه، برخورداری از سلامت جسمی و روان‌شناختی با پرسش از شرکت‌کنندگان در خصوص نداشتن سابقه اختلالات شدید روان‌پزشکی و طبی و نیز بررسی مراجعه احتمالی به مرکز بهداشت و درمان و مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه و یا خارج از دانشگاه طی شش ماه گذشته تایید شد.

ابزار پژوهش: پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی (HBI-19): یک ابزار خود گزارش‌دهی است که توسط (Reid et al. 2011) برای سنجش دقیق‌تر رفتارهای افراد درگیر در HD درست شده است. این ابزار شامل ۱۹ ماده می‌باشد که رفتار فزون‌کنشی جنسی را در سه بعد (کنترل، پیامدها و مقابله) بررسی می‌کند، و افراد پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای رتبه‌بندی می‌کنند. نمرات پاسخ داده شده در دامنه ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) هست، که نمره بالاتر از (+۵۳) در HBI ملاک‌های تشخیص بالینی می‌گیرد. تجزیه و تحلیل اعتباری مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است، اعتبار درونی بالایی برای مقیاس کلی ۰/۹۰ و زیر مقیاس های کنترل ۰/۹۵، مقابله ۰/۹۱ و پیامدها ۰/۸۹ بدست آمده است. تحلیل عاملی تأییدی آن نیز مطلوب بوده (CFI= ۰/۹۵)، اعتبار کلی آزمون و باز آزمون بالا بود ($r= ۰/۹۱$ ، $p < ۰/۰۱$) که بر اساس یک زیر مجموعه از بیماران $N=۹۲$ برای بار دوم پس از دو هفته با مقیاس آزمون شدند. آزمون و باز آزمون زیر مقیاس کنترل ($r= ۰/۸۹$)، زیر مقیاس مقابله ($r= ۰/۸۸$) و زیر مقیاس پیامدها ($r= ۰/۹۰$) بود که نشان دهنده ثبات HBI در سراسر اندازه گیری آزمون مجدد نقطه‌ای می‌باشد (Reid et al. 2011).

به‌منظور ترجمه و تطابق فرهنگی پرسشنامه رفتار فزون-کنشی جنسی در ابتدا طبق روش استاندارد، ترجمه و بازترجمه توسط متخصص زبان انگلیسی انجام شد و جهت تعیین روایی محتوا از نظرات اساتید اهل فن استفاده گردید. همچنین برای مطالعه مقدماتی، نسخه فارسی پرسشنامه در

(2017)، به‌خصوص در جمعیت دانشجویی صورت گرفته است. همان‌طور که مطالعات متعدد، جوانان و دانشجویان را به عنوان گروه‌های مستعد به رفتارهای پرخطر و اعتیاد جنسی معرفی کرده است (Gullette and Lyons 2005)، بررسی این ابزار نیز در گروه دانشجویان بوده است. از این رو، این پژوهش سعی دارد تا با بررسی روایی و پایایی این ابزار در جامعه ایرانی گامی در جهت پر کردن خلاء ایجاد شده در بطن تحقیقات رفتارهای جنسی بردارد.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع تحلیل عاملی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان پسر دانشگاه شهید مدنی آذربایجان تبریز در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بود که ۳۰۰ نفر از آن‌ها به شیوه نمونه-گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به‌عنوان نمونه بر اساس دانشکده و کلاس انتخاب و پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی روی آن‌ها اجرا گردید.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که در ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه شهید مدنی آذربایجان (دانشکده علوم پایه، دانشکده فنی و مهندسی، دانشکده کشاورزی، دانشکده فناوری اطلاعات و مهندسی کامپیوتر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، و دانشکده الهیات)، سه دانشکده ادبیات و علوم انسانی، علوم پایه، فنی و مهندسی به‌طور تصادفی انتخاب گردید و سپس از میان کلاس‌های هر دانشکده، ۸ کلاس انتخاب شد و از دانشجویان درخواست شد تا به پرسش‌نامه رفتار فزون‌کنشی جنسی و اطلاعات دموگرافیکی (شامل وضعیت تحصیلی، رشته تحصیلی، وضعیت تاهل و سن) پاسخ دهند. به این صورت که بعد از کسب اجازه از اداره آموزش دانشکده‌ها و اساتید محترم، در زمان پایانی کلاس‌ها توضیحاتی در مورد هدف پژوهش و گمنام بودن افراد شرکت‌کننده داده‌شد، سپس رضایت آن‌ها درباره انتشار نتایج کلی به-

هبستگی درونی بین ماده‌ها و همگن بودن آن‌ها می‌باشد.

در تحلیل عاملی تاییدی، مدل سه عاملی ارائه شده توسط (Reid et al. 2011) مورد بررسی قرار گرفت و در این مدل فرض شده‌است که رفتار فزون‌کنشی جنسی بر روی سه زیر مقیاس کلی یعنی مقابله ای، پیامدها و کنترل جمع می‌شوند. همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، این مدل در مطالعه حاضر تأیید نیز شده است و از برازش مطلوبی برخوردار است.

برای برآورد مدل از روش حداکثر احتمال و به منظور بررسی برازش مدل از شاخص‌های χ^2 Chi Square، Goodness of fit، χ^2/df chi square to df ratio، Adjusted Goodness of Fit، (GFI) Fit Index، (AGFI) Index، (CFI) Comparative Fit Index، Root Mean Square Error of Approximation، و (RMSEA) Root Mean Square Residual استفاده شده است.

در برازش مدل هرچقدر شاخص‌های GFI، CFI و AGFI به یک نزدیکتر باشد (۰/۱۰ تا ۱/۰۰)، الگو از برازش بهتری برخوردار است و داده‌ها به نحو بهتری الگوی روابط مفروض را تایید می‌کنند. و همچنین مطلوب آن است که RMSEA به صفر نزدیک باشد (۰/۱۰ تا ۰/۰۰) تا الگو برازش مطلوبی داشته باشد. شاخص برازش χ^2/df نیز هرچه کمتر باشد بهتر است و نباید بیشتر از ۲ باشد. اگر مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد دال بر برازش بسیار مناسب است اما از آنجا که این شاخص غالباً در نمونه‌های بزرگ‌تر از ۱۰۰ معنادار بدست می‌آید لذا شاخص مناسبی برای سنجش برازش مدل محسوب نمی‌گردد. بطورکلی همه‌ی شاخص‌های برازندگی مدل ارائه شده در پژوهش حاضر از برازش مطلوبی برخوردار بود و مدل مفروض را تأیید کرده‌اند (جدول ۳). همانطور که در شکل ۱ نشان داده شده‌است، مدل پارامترها را به‌خوبی برآورد کرده است و قابل قبول می‌باشد.

میان ۱۵ نفر از دانشجویان اجرا و از قابلیت کاربرد آن اطمینان حاصل گردید.

در پژوهش حاضر داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۰ و LISREL نسخه ۸/۸۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی تاییدی با هدف مطالعه ساختار عاملی استفاده شد. در تحلیل عاملی تاییدی که هدف پژوهشگر تأیید ساختار عاملی ویژه ای می‌باشد، درباره تعداد عامل‌ها به طور آشکار فرضیه ای بیان می‌شود و برازش ساختار عاملی مورد نظر در فرضیه با ساختار کوواریانس متغیرهای اندازه گیری شده موورد آزمون قرار می‌گیرد (Sarmad et al. 2004).

نتایج

اطلاعات توصیفی مربوط به تحصیلات در ۳ سطح کاردانی (۱۲۶ نفر، ۴۲٪)، کارشناسی (۹۹ نفر، ۳۳٪)، کارشناسی ارشد (۷۵ نفر، ۲۵٪)؛ و ۸ رشته تحصیلی زبان و ادبیات فارسی (۴۵ نفر، ۱۵٪)، حقوق (۴۲ نفر، ۱۴٪)، مهندسی عمران (۳۶ نفر، ۱۲٪)، زیست شناسی (۳۰ نفر، ۱۰٪)، علوم کامپیوتر (۳۳ نفر، ۱۱٪)، شیمی (۳۹ نفر، ۱۳٪)، مهندسی برق (۲۷ نفر، ۹٪)، و زراعت و گیاهان دارویی (۴۸ نفر، ۱۶٪) بدست آمد. وضعیت تاهل گروه نمونه (۲۷۵ نفر، ۹۱/۶۷٪) مجرد، (۲۵ نفر، ۸/۳۳٪) متأهل بود. همچنین افراد شرکت کننده در دامنه سنی ۱۹ تا ۳۳ سال، و میانگین و انحراف معیار $22/87 \pm 3/12$ سال بودند. در جدول ۱ اطلاعات توصیفی و همبستگی زیر مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه ارائه گردیده است.

ضرایب آلفای کرونباخ به منظور بررسی همسانی درونی HBI در دانشجویان محاسبه شد (جدول ۲). همانطوریکه ملاحظه می‌شود مقدار آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ می‌باشد که مقدار قابل قبول و بالایی می‌باشد، همچنین مقدار آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌ها قابل قبول و مطلوب می‌باشد که حاکی از

بحث

در این پژوهش با معرفی پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی، پایایی و روایی آن در گروه دانشجویان بررسی شد. پرسشنامه مذکور با توجه به حساسیت مسائل فرهنگی و اجتماعی در تشخیص رفتارهای جنسی پاتولوژیکال، می‌تواند از تشخیص مبهم یا نادرست ممانعت کرده و برای تسریع و تسهیل در اثر بخشی تلاش‌های دست اندرکاران بهداشت روانی، حائز اهمیت است. رفتارهای جنسی اعتیادگونه و مشکل ساز تمام جنبه‌های زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و با خطراتی همچون تماس‌های جنسی محافظت نشده و ناشناس، مانند HIV/AIDS، دیگر بیماری‌های مقاربتی و حاملگی ناخواسته در ارتباط است (Carnes and Schneider 2000; Parsons et al. 2012). مردان و زنان فزون‌کنش جنسی همچنین در انواع دیگر رفتارهای پرخطر از جمله مصرف دخانیات، الکل، سوء مصرف مواد مخدر غیرقانونی درگیر هستند. در میان مردان به‌ویژه، قماربازی رایج است (Kafka 2010). علاوه بر این، مردان فزون‌کنش جنسی از سلامت روانی و بطور کلی از زندگی خود احساس نارضایتی دارند (Reid et al. 2011). پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی با توجه به ویژگی‌های روانسنجی که ذکر شد، می‌تواند در جهت تامین اهداف پژوهشی و غربالگری به متخصصان علوم رفتاری کمک کند.

نتایج حاصل از بررسی همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی در نمونه مطالعه حاضر نشان داد که سه عامل مطرح شده برای رفتارهای فزون‌کنشی جنسی که مطالعه Reid et al. (2011) با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مورد بررسی و تایید شده بود، در این مطالعه نیز تایید شد و مفهوم چند وجهی فزون‌کنشی جنسی که در آن افراد (الف) از رابطه جنسی در پاسخ به حالات خلقی ملال‌آور و برای مقابله با استرس؛ (ب) احساس ناتوانی در کنترل یا کاهش تخیلات، تمایلات و رفتارهای جنسی خود و

(ج) و درگیر شدن در تخیلات، تمایلات و رفتارهای جنسی خود با وجود عواقب و پیامدهای منفی و اختلال در حوزه‌های مهم زندگی همراه است، برای نمونه این مطالعه نیز مصداق دارد. شاخص‌های نیکویی برازش مورد استفاده در مدل رید و همکاران دارای برازش بسیار مطلوبی بود ($CFI=0/95$ و $RMSEA=0/057$) که این مطالعه نیز همسو با آن‌ها، شاخص‌های برازندگی از برازش مطلوبی برخوردار بود ($GFI=0/91$ ، $AGFI=0/88$ ، $CFI=0/95$ ، $RMSEA=0/057$). نتایج حاصل از پایایی زیرمقیاس‌های HBI نشان داد که پایایی مقیاس کلی و سه زیرمقیاس آن یعنی کنترل، پیامدها و مقابله‌ای بالا می‌باشد (به ترتیب $0/90$ ، $0/82$ ، $0/80$ و $0/86$) و همسو با مطالعه Reid هست که پایایی مقیاس کلی را $0/96$ گزارش دادند.

(Zahedian 2011) در مطالعه خود اعتبار آزمون SAST را در جامعه ایرانی بر روی ۷۰ آزمودنی زن و مرد، به روش محاسبه ضریب همبستگی به فاصله سه هفته $0/92$ به دست آورد که با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد. (Reid et al. 2012) در مطالعه‌ای که ویژگی‌های روان-سنجی مقیاس پیامدهای رفتار فزون‌کنشی جنسی مورد بررسی قرار داده بود، همسانی درونی بالا ($0/84$) و روایی همگرایی مطلوبی با پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی نشان داد. همچنین (Ali Zadeh et al. 2011) در مطالعه‌ای که ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خطرپذیری را بر روی نوجوانان ایرانی بررسی کرده بودند، روایی و پایایی مطلوبی برای زیرمقیاس گرایش به رابطه و رفتار جنسی گزارش دادند که آلفای کرونباخ آن $0/87$ و همبستگی آن با دیگر زیرمقیاس‌ها بین $0/60$ تا $0/78$ بود و همسو با نتایج این پژوهش می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بطور کلی از یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که پرسشنامه رفتار فزون‌کنشی جنسی با در نظر

صورت بگیرد. با توجه به اینکه رفتارهای فزون‌کنشی جنسی در حوزه رفتارهای آسیب‌شناسانه می‌باشد و اکثر تحقیقات صورت گرفته با استفاده از این ابزار در گروه‌های بالینی بوده است، پیشنهاد می‌گردد که در گروه‌های خاص (از جمله، افراد پارافیلیا، اقلیت‌های جنسی، مجرمان جنسی و افراد دارای اختلالات مصرف مواد) نیز بررسی و رواسازی گردد تا قابلیت استفاده و اعتبار آن در گروه‌های فوق مشخص شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری تمامی دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان تبریز که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

گرفتن یافته‌های مرتبط با روایی و پایایی، زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه و سهولت نمره‌گذاری و تفسیر، ابزار مطلوبی برای سنجش رفتارهای جنسی اعتیادگونه و مشکل‌ساز دانشجویان پسر می‌باشد. با توجه به میزان اعتبار و روایی تأیید شده این ابزار در پژوهش حاضر، می‌توان از آن هم در پژوهش‌های آتی و هم در مراکز درمانی به‌عنوان یک وسیله تشخیصی ضمنی برای دانشجویان بهره‌مند شد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات: از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه مورد مطالعه آن اشاره کرد که تنها از دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان نمونه‌گیری شده بود و با توجه به تفاوت و تنوع فرهنگی جامعه ایرانی تعمیم آن به همه‌ی قشر دانشجویی باید با احتیاط

جدول ۱- اطلاعات توصیفی و همبستگی زیر مقیاس‌های پرسشنامه فزون‌کنشی جنسی

زیر مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴
۱- کنترل				
۲- پیامدها	۰/۷۱**	۱		
۳- مقابله ای	۰/۵۷**	۰/۶۱**	۱	
۴- کل	۰/۸۹**	۰/۸۴**	۰/۸۵**	۱
کمترین نمره	۸	۴	۷	۱۹
بیشترین نمره	۳۹	۲۰	۳۲	۹۱
میانگین	۱۹/۸۸	۸/۶۱	۱۴/۹۳	۴۳/۴۳
انحراف معیار	۶/۶۳	۳/۳۹	۶/۲۸	۱۴/۱۷

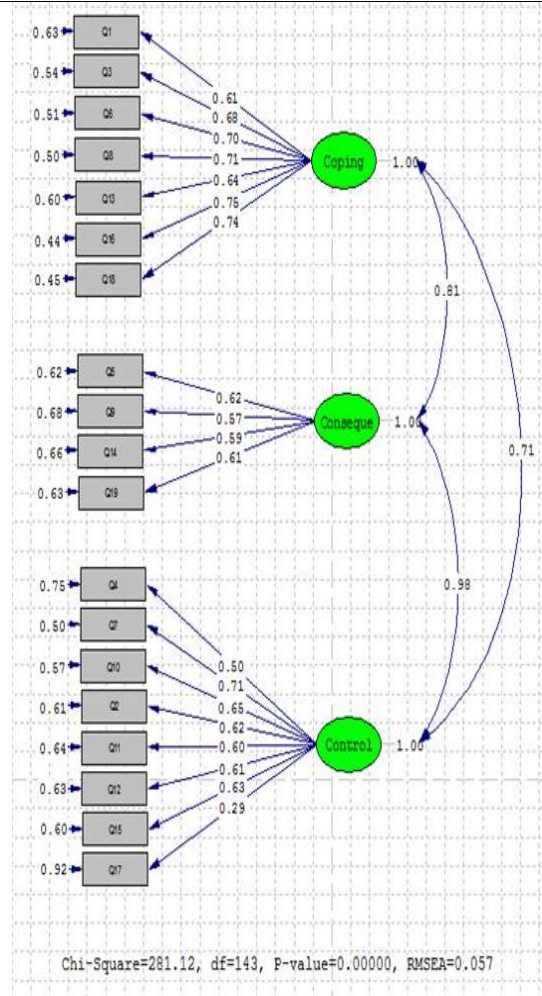
**p<۰/۰۱

جدول ۲- نتایج آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه فزون‌کنشی جنسی

زیر مقیاس‌ها	شماره گویه‌ها	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
کنترل	۲، ۴، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶	۸	۰/۸۲
پیامدها	۱، ۳، ۶، ۸، ۱۳، ۱۶، ۱۸	۴	۰/۸۰
مقابله ای	۵، ۹، ۱۴، ۱۹	۷	۰/۸۶
نمره کل		۱۹	۰/۹۰

جدول ۳- شاخص‌های برازندگی مدل ارائه شده در پژوهش

شاخص‌های برازش مدل	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	RMR
--------------------	----------	----	-------------	-----	------	-----	-------	-----



شکل ۱- نمودار مسیر برای تحلیل عاملی تاییدی HBI و ساختار ۳ عاملی آن

References

- Alizadeh, M., Ahmadabadi, Z. and Heidari, M., 2011. Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(3), pp. 218-225. [In Persian]
- American College Health Association., 2008. *American College Health Association National College Health Assessment: Reference Group Data Report, Spring*. Baltimore, MD: American College Health Association, 2008.
- American Psychiatric Association., 1987. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed, rev)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association., 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author
- Arnett, J.J., 2000. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens

- through the twenties. *American Psychologist*, 55, pp. 469-480.
- Bancroft, J., 2008. Sexual behavior that is "out of control": A theoretical conceptual approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), pp. 593-601.
- Beckwith, H. D., and Morrow, J. A., 2005. Sexual attitudes of college students: The impact of religiosity and spirituality. *College Student Journal*, 39, pp. 357-366.
- Black, D. W., 2000. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *CNS spectrums*, 5(1), pp. 26-72.
- Blanco, C., Okuda, M. and Wright, C., 2008. Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives General Psychiatry*, 65, pp. 1429-37.
- Carnes, P.J., 1983. *Out of the Shadows: Understanding sexual addiction*. CompCare Publishers; Minneapolis, MN.
- Carnes, P.J., Green, B.A., Merlo, L.J., Polles, A., Carnes, S., and Gold, M.S., 2012. PATHOS: A brief screening application for assessing sexual addiction. *Journal of addiction medicine*, 6(1), P. 29.
- Carnes, P. and O'Hara, S., 1991. Sexual Addiction Screening Test (SAST). *Tennessee Nurse*, 54(3), P. 29.
- Carnes, P., Schneider, J.P., 2000. Recognition and management of addictive sexual disorders: guide for the primary care clinician. *Lippincott's primary care practice*, 4(3), pp. 302-318.
- Coleman, E., 1991. Compulsive sexual behavior: New concepts and treatments. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 4(2), pp. 37-52.
- Coleman, E., Horvath, K.J., Miner, M., Ross, M.W., Oakes, M. and Rosser, B.R.S., 2010. Compulsive sexual behavior and risk for unsafe sex among Internet using men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 1045-1053.
- Coleman, E., Raymond, N. and McBean, A., 2003. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minnesota medicine*, 86(7), pp. 42-47.
- Coleman-Kennedy, C. and Pendley, A., 2002. Assessment and diagnosis of sexual addiction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(5), pp. 143-151.
- Davidson, J.K., Moore, N.B., Earle, J.R. and Davis, R., 2008. Sexual attitudes and behavior at four universities: Do region, race, and/or religion matter? *Adolescence*, 43, pp. 189-220.
- Delmonico, D. and Miller, J., 2003. The Internet Sex Screening Test: a comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and relationship therapy*, 18(3), pp. 261-276.
- Dodge, B., Reece, M., Cole, S.L. and Sandfort, T.G.M., 2004. Sexual compulsivity among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 41(4), pp. 343-350.
- Gallagher R., 2008. *National Survey of Counseling Center Directors*, [Online]. Available at: http://www.collegecounseling.org/pdf/2008_survey.pdf
- Garcia, F.D. and Thibaut, F., 2010. Sexual addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), pp. 254-260.
- Gold, S.N. and Heffner, C.L., 1998. Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 18(3), pp. 367-381.
- Goodman, A., 1993. Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), pp. 225-251.
- Gullette, D.L. and Lyons, M.A., 2005. Sexual sensation seeking, compulsivity, and HIV risk behaviors in college students. *Journal of Community Health Nursing*, 22(1), pp. 47-60.
- Hook, J.N., Hook, J.P., Davis, D.E., Worthington, E.L., Jr. and Penberthy, J.K., 2010. Measuring sexual addiction

- and compulsivity: A critical review of instruments. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36, pp. 227–260.
- Kafka, M.P., 2010. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSMV. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), pp. 377–400.
- Kalichman, S.C. and Rompa, D., 2001. The Sexual Compulsivity Scale: Further development and use with HIV-positive persons. *Journal of Personality Assessment*, 76(3), pp. 379–395.
- Kaplan, M.S. and Krueger, R.B., 2010. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47(2), pp. 181–197.
- Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Reynaud, M. and Billieux, J., 2014. Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20, pp. 4012–4020.
- Karim, R. and Chaudhri, P., 2012. Behavioral addictions: an overview. *Journal of psychoactive drugs*, 44(1), pp. 5–17.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. and Sloan, S., 1948. *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders.
- Krafft-Ebing, R. and Klaf, F.S., 1965. *Psychopathic sexualize: with especial reference to the autopathic sexual instinct: a medico-forensic study*. Arcade Publishing.
- Langstrom, N. and Hanson, R.K., 2006. High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), pp. 37–52.
- Lefkowitz, E.S., Gillen, M.M., Shearer, C.L. and Boone, T.L., 2004. Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *Journal of Sexual Research*, 41, pp. 150–159.
- Luquis, R., Brelsford, G. and Rojas-Guyler, L., 2012. Religiosity, spirituality, sexual attitudes, and sexual behaviors among college students. *Journal of Religion & Health*, 51, pp. 601–614.
- Marshall, L. and Marshall, W., 2006. Sexual addiction in incarcerated sexual offenders. *Sexual Addiction Compulsivity*, 13, pp. 377–390.
- Mick, T. M. and Hollander, E., 2006. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS spectrums*, 11(12), pp. 944–955.
- Miles, L.A., Cooper, R.L., Nugent, W.R., and Ellis, R.A., 2016. Sexual addiction: A literature review of treatment interventions. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(1), pp. 89–99.
- Orford, J., 1978. Hypersexuality: Implications for a theory of dependence. *Addiction*, 73(3), pp. 299–310.
- Orford, J., 2001. *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. John Wiley & Sons Ltd.
- Parsons, J.T., Grov, C. and Golub, S.A., 2012. Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men: Further evidence of a syndemic. *American Journal of Public Health*, 102, pp. 156–162.
- Penhollow, T., Young, M. and Denny, G., 2005. The impact of religiosity on the sexual behaviors of college students. *American Journal of Health Education*, 36, pp. 75–83.
- Reid, R.C., 2013. Personal perspectives on hypersexual disorder. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 20, pp. 4–18.
- Reid, R.C., Carpenter, B.N., Hook, J.N., Garos, S., Manning, J.C., Gilliland, R., ... and Fong, T., 2012. Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *The journal of sexual medicine*, 9(11), pp. 2868–2877.
- Reid, R.C., Garos, S. and Carpenter, B.N., 2011. Reliability, validity, and psychometric development of the hypersexual behavior inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18, pp. 30–51.

- Reid, R.C., Garos, S. and Fong, T., 2012. Psychometric development of the hypersexual behavior consequences scale. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(3), pp. 115-122.
- Rinehart, N.J. and McCabe, M.P., 1997. Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality? *Sexual and Marital Therapy*, 12(1), pp. 45-60.
- Rinehart, N.J. and McCabe, M.P., 1998. An empirical investigation of hypersexuality. *Sexual and Marital Therapy*, 13(4), pp. 369-384.
- Rosenberg, K.P., Carnes, P.J. and O'Connor, S., 2014. Evaluation and treatment of sex addiction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40, pp. 77-91.
- Rush, B., 1947. Medical inquiries and observation upon the diseases of the mind. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 26(3), pp. 177-80.
- Sarmad, Z., Bazargan, A. and Hejazi, E., 2004. *Research Methods in Behavioral Sciences*, Tehran: Press AGAH. [In Persian]
- Seegers, J.A., 2003. The prevalence of sexual addiction symptoms on the college campus. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10, pp. 247-258.
- Semaille, P., 2009. The new types of addiction. *Revue Medicale De Bruxelles*, 30(4), pp. 335-357.
- Seyed Hashemi, S.G., 2017. Sexual addiction: what clinicians and therapists need to know about it. In: *Iran & World New Researches in Psychology and Educational Sciences Law and Social Sciences Conference*, Shiraz: Iran. [In Persian]
- Weeks, J., 2016. *The New Age of Sex Education: How to Talk to Your Teen About Cybersex and Pornography in the Digital Age*. BookBaby.
- Zahedian, S., 2011. Investigate the role of attachment styles, parental bonding and the self-concept in sexual addiction [MS Thesis, Azad University], Fars Science and Research. [In Persian]

Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of Hypersexual Behavior Inventory Among Students

Shalchi, B., Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

Seyed Hashemi, S.G., MSc. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran-Corresponding Author: seyedhashemi@azaruniv.ac.ir

Received: Dec 29, 2016

Accepted: Jul 8, 2017

ABSTRACT

Background and Aim: The hypersexual disorder is described as multiple unsuccessful attempts to control or diminish the amount of time spent on engaging in sexual fantasies, urges, and behaviors in response to dysphoric mood states or stressful life events. The purpose of the present research was to determine the validity, reliability and factor structure of the Hypersexual Behavior Inventory (HBI) for use for students, developed by Reid and colleagues.

Materials and Methods: In this descriptive study, 300 male students of Azarbaijan Shahid Madani University were selected by cluster random sampling on the basis of school and field of study. Data were collected using the HBI, and its reliability and validity were determined using Cronbach's alpha and confirmatory factor analysis (CFA).

Results: The reliability coefficients obtained for control, consequences, coping components and total scale were 0.82, 0.80, 0.86 and 0.90, respectively, which showed good reliability. In addition, the results of factor analysis showed a statistically significant association between observed variables (questions) and the latent structures (factors), indicating an appropriate/desirable fitness for the three-factor structure in the sample (GFI = 0.91, AGFI= 0.88, CFI= 0.98, RMSEA= 0.057).

Conclusion: The Hypersexual Behavior Inventory is a valid and reliable tool to be used for the students, and, therefore, the use of this tool in future research is recommended.

Keywords: Hypersexual Behavior, Internal Consistency, Confirmatory Factor Analysis, Students