

پیش بینی دلزدگی زناشویی بر اساس بدکارکردی های جنسی در زنان

شهر شیراز

نغمه اکبری^۱ و سیامک سامانی^{۲*}

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۹/۲۱ صص ۳۴-۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱۱

چکیده

این پژوهش با هدف پیش بینی دلزدگی زناشویی براساس بدکارکردی جنسی در زنان متاهل شهر شیراز به مرحله اجرا در آمده است. به منظور دسترسی به هدف فوق از بین زنان متاهل شهر شیراز، ۳۰۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شواهد مربوط به اعتبار و پایایی ابزارهای تحقیق که عبارتند از: پرسشنامه دلزدگی زناشویی (پاینز)، پرسشنامه بدکارکردی جنسی (نوبره و پینتو - گویا) نشان می دهد که اعتبار و پایایی ابزارهای پژوهش در حد قابل قبولی بود. داده های حاصل از پرسشنامه ها با استفاده آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه به روش همزمان) مورد تحلیل قرار گرفت. نتیجه حاصله نشان داد که ابعاد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن و تقدم عاطفه بر لذت جنسی قادر هستند خستگی جسمی را پیش بینی کنند. همچنین ابعاد محافظه کاری جنسی، لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن، باورهای خودپنداره جسمی و تقدم عاطفه بر لذت جنسی قادر هستند خستگی عاطفی را پیش بینی کنند. علاوه بر این، ابعاد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن، باورهای خودپنداره جسمی و تقدم عاطفه بر لذت جنسی قادر هستند خستگی روانی را پیش بینی کنند.

کلید واژه ها: دلزدگی زناشویی، بدکارکردی جنسی، رضایت زناشویی.

^۱ - دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

^۲ - دانشیار گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

*- نویسنده مسئول: samanisiamak@gmail.com

پیشگفتار

خانواده به عنوان اولین نهاد اجتماعی، پایه شکل گیری شخصیت آدمی است. سلامت جامعه از سلامت خانواده سرچشمه می گیرد. خانواده با کارکردهای مثبت خود، باعث امنیت روانی و عاطفی و تنظیم رفتارهای جنسی می شود و حاصل آن همنوایی فرد با جامعه خواهد بود (2007 Dadashzadeh).

خانواده مهم ترین و اساسی ترین پایه برای ایجاد جامعه ای سالم می باشد. اگر یک خانواده یا بهتر بگوییم یک زوج ارتباط سالم و خوبی با هم برقرار کرده باشند می توان به ایجاد خانواده سالم و متعاقباً جامعه ای سالم اطمینان حاصل کرد. محبت و عشق یکی از پایه های این ارتباط سالم است. با آن که همه ی افراد تا حدی درباره عشق رمانتیک اطلاعاتی دارند و عده ای خود این موضوع را تجربه کرده اند که عشق رمانتیک پایه و اساس شکستنده ای برای شالوده ریزی ارتباط بین دو نفر است اما هنوز هم اغلب مردم می خواهند عشق رویایی را باور داشته باشند شاید به این دلیل که نمی توانند جایگزین بهتری برای آن بیابند (Pines, 2002).

عشق به این افراد قول می دهد تا خلاء زندگی شان را پر کند، تنهایی شان را از بین ببرد، موجودیتشان را توجیه کند و به آنها امنیت و سعادت ابدی هدیه کند و در نهایت آنان توقع رابطه ای دارند که مشکلاتشان را کاهش دهد و به زندگی شان معنا ببخشد. هنگامی که به این هدف دست نمی یابند به یاس و ناامیدی رو آورده و دچار دلزدگی می شوند (Pines, 1996).

در واقع هنگامی که زوجین با یکدیگر در روابط صمیمانه ادغام می شوند، هر کدام با مجموعه ای از رؤیاهای و انتظارات وارد رابطه می شوند. هنگامی که این رؤیاهای و انتظارات با تنبیه و تجارب استرس زا جایگزین می شوند، ازدواج و رابطه دچار زیان شده و سرانجام با دلزدگی پایان می یابد (Peeples, 2000).

دلزدگی حالت دردناک فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی است و کسانی را متأثر می سازد که توقع دارند عشق رویایی به زندگی شان معنا ببخشد. این حالت زمانی بروز می کند که آنها متوجه می شوند علی رغم تلاش هایشان رابطه شان به زندگی معنا نداده و نخواهد داد (Van Plet, 2004).

(Ellis, 1986) دلزدگی زناشویی را عدم احساسات عینی از خشنودی، عدم رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و شوهر موقعی که همه جنبه های ازدواج را در نظر می گیرند، بیان می کند. رضایت یک متغیر نگرشی است و بنابراین یک خصوصیت فردی زن و شوهر محسوب می شود. در واقع، دلزدگی در یک رابطه زوجی به معنای نگرش منفی و غیر لذت بخشی است که زن و شوهر از جنبه های مختلف روابط زناشویی خود دارند. به عبارت دیگر، مفهوم دلزدگی زناشویی مفهومی ایستا و ثابت نیست و اکثر زوج ها در زندگی مشترک خود، تغییرات جزئی را در میزان رضایت

مندی تجربه می کنند و در نتیجه آن همواره ناگزیرند خود را فعالانه با جنبه های گوناگون و تغییرپذیر فیزیکی، اجتماعی و روانی محیط خود سازگار کنند (Cumming & Oreilly, 1997).

دلزدگی عاطفی ناشی از عدم تناسب بین انتظارات و واقعیت است و میزان آن به میزان سازگاری زوجین و باورهایشان بستگی دارد. این پدیده امری تدریجی است و به ندرت ناگهانی اتفاق می افتد. در حقیقت، عشق و صمیمیت به تدریج تحلیل می رود و همراه با آن فرسودگی کلی به وجود می آید. این پدیده با فروپاشی رابطه و با رشد آگاهی و توجه به چیزهایی که به اندازه گذشته خوشایند نیستند، شروع می شود و اگر در این مرحله کاری برای جلوگیری از پیشرفت این روند صورت نگیرد، همه چیز از مرحله بد به بدتر می رسد. در بدترین حالت، دلزدگی منجر به قطع شدن و گسستن رابطه زناشویی می شود (Pines, 2002).

جدایی پیوند عاطفی معمولاً ناگهانی اتفاق نمی افتد، بلکه اغلب ماه ها یا سال ها نارضایتی در ارتباط وجود دارد. بیشتر افراد انتظار دارند که ازدواج عشق محور داشته باشند. آنها علاقه مندند، همسری انتخاب کرده که تا آخر عمر با آن زندگی کنند. تفاهم و توافق با همسر، رضایتمندی از زندگی و داشتن زندگی مشترک استوار و محکم از دیگر خواسته های کسانی است که می خواهند ازدواج کنند، اما هنگامی که زندگی زناشویی آن گونه که افراد توقع دارند پیش نمی رود اکثر زوج ها به حالت نا باوری می رسند (Koohi; Etemadi & Fatehi Nejad, 2009).

یکی از مهم ترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی، روابط لذت بخش جنسی است و رضایت بخش نبودن آن منجر به احساس محرومیت، ناکامی و عدم ایمنی در همسران می شود. این محرومیت جنسی در بسیاری از مواقع در نهایت منجر به طلاق و ازهم گسستگی زندگی زناشویی می شود. بی توجهی به اهمیت مشکلات جنسی در روابط زناشویی موجب صدمات بسیاری به روابط زن و شوهر می شود و با ایرادگیری از همسر، ابراز نارضایتی از زندگی، قهرهای طولانی، تعارض، تهدید به جدایی و غیره همراه است (Mccarthy, 2002).

از جمله عوامل زمینه ساز دلزدگی زناشویی برای زنان، نارضایتی آنان در حوزه مسائل جنسی در زندگی مشترک است. مشکلات جنسی در روابط زناشویی می تواند منجر به پایین آمدن کیفیت روابط جنسی و در کل، روابط زناشویی شود. پایین آمدن کیفیت در این موارد، خود می تواند منجر به نارضایتی زناشویی و سرخورده گی و دلزدگی جنسی و زناشویی در زنان گردد (Pines, 1996).

عملکرد جنسی مناسب و سالم یکی از نشانه های سلامت جسم و روان است، یکی از مولفه های کیفیت زندگی به حساب می آید باعث ایجاد حس لذت مشترک در بین زوجین می شود و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس ها و مشکلات زندگی افزایش می دهد (Mccarthy, 2002).

رفتار جنسی به آن دسته از رفتارها و روش هایی اشاره دارد که انسان بر اساس آنها، تمایلات جنسی خود را تجربه و اظهار می کند. افراد در زمان های متفاوت و به دلایل متفاوت، رفتارهای جنسی متفاوتی (از منظر شکل رفتاری و نه ماهیت) را از خود نشان می دهند. فعالیت جنسی طبیعی، ناشی از برانگیختگی جنسی و تغییرات فیزیولوژیکی در فرد برانگیخته شده است. هدف فعالیت جنسی در انسان رسیدن به ارگاسم و ارضاء نیاز است. فعالیت جنسی همچنین شامل مسیر و فعالیت هایی است که طی آنها، علایق جنسی فرد دیگر (منظور شریک جنسی) نیز برانگیخته می گردد؛ یعنی استراتژی های جذب شریک جنسی.

رفتار جنسی در بر گیرنده جنبه های زیستی، هیجانی و فیزیکی است که هر کدام از این جنبه ها به نوعی درگیر در رفتار جنسی بوده و در انجام آن مشارکت دارند. چرخه پاسخ جنسی در مرد و زن شامل چهار مرحله میل، انگیختگی، ارگاسم و فرونشینی می باشد که اختلال در هر یک از این مراحل، احساس محرومیت و ناکامی را در فرد ایجاد کرده و می تواند منشاء مشکلات روحی و جسمی باشد (Roland & Incrocci, 2008; Levine, 2003; Balon & Segraves, 2005).

وجود مشکلات جنسی، باعث می شود تا زوجین از روابط جنسی خود لذت کافی نبرده و این مساله، خود را به عنوان مشکلات زناشویی نشان دهد. از طرفی سازمان بهداشت جهانی مدعی است که رابطه جنسی حق اساسی بشر و بخش جدانشدنی زندگی وی می باشد که می تواند نقش مهمی در سلامت فرد ایفا کند. در کنار این مسائل، شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهد افرادی که رابطه جنسی بیشتری دارند و از آن لذت می برند عمر بیشتری نسبت به کسانی دارند که رابطه جنسی ندارند و این در حالی است که افراد بسیاری از بدکارکردی های جنسی رنج می برند و سلامت روان و بهزیستی آنان به مخاطره می افتد (Bartlik & Rosenfeld, 2005).

در زندگی زناشویی باورهایی وجود دارد که حقیقت ندارند و شواهدی برای حمایت از آنها وجود ندارند. این باورهای مطلق انتظاری را فراهم می کنند که مانع تحقق اهداف همسران می شود و سلامت جنسی آنها را به مخاطره می اندازد و به عنوان باورهای ناکارآمد، به علت اصلی بسیاری از اختلاف ها به ویژه اختلاف های بین زوجین بدل می شود (Beck, Barlow, Sakheim & Abrahamson, 1987; Ellis, 2005).

در بسیاری از مواقع فرد چنان تحت تاثیر باورها در بافت جنسی قرار دارد که روشن سازی و در صورت امکان بازسازی آنها گامی بزرگ در ایجاد روابط جنسی مطلوب بین زوجین به شمار می رود (Jahanfar & Molaenejad, 2005).

باورهای جنسی نقش مهمی در بینش جنسی افراد دارند و جوامع سعی می کنند تا مقاربت را که بیشتر یک فعالیت بین فردی است کنترل کنند. بدین خاطر عوامل اجتماعی و فرهنگی می توانند در فعالیت ها و علایق جنسی افراد نقش مهمی بازی کنند. جوامع از طریق شکل دادن

باورهای مختلف جنسی و جنسیتی به میزان زیادی کنترل روابط جنسی و به ویژه تمایلات جنسی زنان را در دست گرفته اند. بیش از نیمی از مشکلات جنسی که باعث نابودی زندگی و روابط خانوادگی می شود به علت عدم آگاهی و داشتن عقاید و باورهای نادرست در مورد روابط جنسی ایجاد می شود. هرچند که در عصر کنونی افراد برای به دست آوردن اطلاعات جنسی به منابع مدرن تری همچون اینترنت مراجعه می کنند اما نتایج حاصل از تحقیقات حاکی از ارتباط مثبت میان اطلاعات قابل دسترس از اینترنت و باورهای بدکارکردی جنسی هستند؛ چرا که اطلاعات به دست آمده از این منبع نیز به طور قابل ملاحظه ای دور از واقعیت می باشند (Balanean, 2012).

در واقع براساس تئوری شناختی به نظر می رسد، بین رفتارها و اختلالات جنسی با باورهای جنسی رابطه وجود دارد. باورهای جنسی به عنوان افکار و ایده های فرد در مورد رفتارهای جنسی تعریف می شود. مطالعات قبلی نشان داده است، باورهای جنسی متفاوت در شکل گیری بدکارکردی های جنسی متفاوت نقش مهمی دارند (Nobre & Pinto Gouveia, 2003).

هرچند باورهای بدکارکردی هم در زنان و هم در مردان نشان دهنده تأثیرپذیری عملکرد جنسی از باورهای بدکارکردی جنسی است، اما این تأثیر در زنان معنادارتر است. زنان دچار به بدکارکردی جنسی، به گونه ای معنادار، باورهای وابسته به خودپنداره جسمی (مثل: زنانی که از لحاظ جسمی جذاب نیستند، نمی توانند از نظر جنسی ارضا شوند) و باورهای مربوط به سن (مثل: زنانی که بعد از یائسگی میل جنسی شان را از دست می دهند را بیشتر نشان می دهند Nobre & Pinto Gouveia, 2006).

زنانی که مبتلا به اختلال های جنسی هستند، نگرش های منفی تری نسبت به افراد سالم در مورد مسائل جنسی دارند (Mohammadi, Qaedi & Mohammadi Juyandeh, 2015).

با توجه به مطالب بیان شده می توان گفت که تمایلات جنسی یکی از عناصر مهم بهزیستی روانی کلی زنان است. بدکارکردی های جنسی (کژکاری های جنسی) صرفاً شامل تنیدگی های شخصی و بین فردی نمی شود، بلکه با بیماری های طبی و مشکلات روانی - اجتماعی زندگی زنان که به طور محسوسی بر سلامتی آنها تأثیر می گذارند نیز مرتبط است. بدکارکردی جنسی شامل مشکلاتی است که بر میل جنسی فرد، توانایی برانگیختگی و توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی اثر می گذارد، همچنین این نوع مشکلات منجر به درد در طی مقاربت جنسی می شود، که این عوامل می تواند بر روی ایجاد رابطه جنسی فرد با شریک جنسی خود تأثیرگذار باشد (Vermilion, 1997 & Holmes).

هر چه فرد در رابطه جنسی خود، احساس عدم توانایی در برانگیختن جنسی خود و شریک جنسی اش را داشته باشد، به تدریج می تواند منجر به کاهش رابطه شده و این امر در پدید آمدن دزدگی زناشویی تأثیرگذار می باشد، در صورتی که فرد نتواند مشکلات را حل و فصل نماید این

امر می تواند در کاهش رضایتمندی جنسی در بین زوجین نیز تاثیرگذار باشد. توجه نکردن به مسئله بسیار مهم و اساسی نیازهای جنسی یکدیگر در زندگی که به انواع مسائل و مشکلات جنسی از قبیل بدکارکردی های جنسی مربوط می شود، باعث لطمه به روابط زن و شوهر شده و در نهایت فرد هم دچار بیماری جسمی می شود و هم از لحاظ روحی و روانی دچار استرس، عصبانیت، پرخاشگری می شود و نتیجه این حالت ها دلسردی نسبت به همسر می شود و به تدریج موجب بروز تعارضات و اختلافات و حتی پشیمانی و تردید نسبت به انتخاب و در بدترین حالت نسبت به ازدواج می گردد. عدم آگاهی زنان از تأثیرات مخرب اعتقاد به باورهای رایج اشتباه و غلط موجود، در مورد تمایلات جنسی زنان و عوارض به جای مانده از آن در روابط زناشویی، عدم اطلاع رسانی مناسب درباره احقاق جنسی زنان و رابطه آن با تمایلات جنسی شان و در نهایت پیامدهای ناگوار ناشی از عوارض دلزدگی زناشویی، گویای اهمیت و ضرورت پرداختن به چنین پژوهشی در جامعه ماست. بالا بردن آگاهی و بینش زنان نسبت به وجود علائم دلزدگی در خودشان می تواند آنها را یاری کند تا برای کمک به حل این مشکل اقدام مناسب و به موقعی مانند، مراجعه به روانشناس و مشاور انجام دهند و بدانند که وجود این علائم در آنان ریشه در چه عواملی دارد، چه بسا آگاهی از عوامل زمینه ساز یک مشکل بتواند نیمی از راه حل را مهیا کند. در حال حاضر پژوهش های اندکی دلزدگی را در زمینه زناشویی و مسایل جنسی مورد کنکاش قرار داده اند. بنابراین بررسی و مطالعه در زمینه دلزدگی زنان از روابط زناشویی و بررسی رابطه آن با متغیرهایی چون باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی که به نوبه خود نقش مهمی در روابط زناشویی یک زن و رضایت او از این رابطه را ایفا می کند، انجام چنین پژوهشی را ضروری می کند. لذا این تحقیق با هدف بررسی پیش بینی دلزدگی زناشویی براساس بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان انجام گردید.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می باشد. بدین ترتیب که در این پژوهش به مطالعه قدرت پیش بینی ابعاد بدکارکردی جنسی برای دلزدگی زناشویی پرداخته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان متاهل شهر شیراز بود که با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰۰ نفر جهت نمونه آماری انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به افراد قابل دسترس، زنان متاهلی را که واجد شرایط بوده و داوطلب همکاری با پژوهشگر شدند به عنوان نمونه انتخاب کرده، بنابراین از نظر جنسیت تمام آزمودنی ها زن و از نظر وضعیت، متأهل بودند که به پرسشنامه های تحقیق پاسخ دادند.

ابزار تحقیق

در این پژوهش از دو مقیاس به ترتیب پرسشنامه دلدزدگی زناشویی و پرسشنامه باورهای بدکارکردی جنسی استفاده شده است.

پرسشنامه دلدزدگی زناشویی (CBM): پرسشنامه استاندارد دلدزدگی زناشویی پاینز (Pines, 1996) یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه گیری میزان دلدزدگی زناشویی در بین زوجین توسط پاینز در سال ۱۹۹۶ طراحی گردیده است. این پرسشنامه شامل سه خرده مقیاس و ۲۱ گویه بوده، که ۱۷ ماده آن شامل عبارت های منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی ارزش بودن و ۴ ماده آن عبارت های مثبت مانند خوشحال بودن و پر انرژی بودن است که همه اینها نشان دهنده ی نشانگان دلدزدگی است و دارای سه جزء اصلی، خستگی جسمی (مثل: احساس خستگی، سستی و داشتن اختلال خواب)، خستگی عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، احساس در دام افتادن) و خستگی روانی (مثل: احساس بی ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) می شود. تمام این گویه ها روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می شوند. سطح معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر (هرگز) و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر (همیشه) است. نمره گذاری چهار ماده به صورت معکوس انجام می شود و نمره بالاتر آزمودنی در این مقیاس نشانه دلدزدگی بیشتر می باشد. در پژوهش (navidi, 2005)، پایایی پرسشنامه دلدزدگی زناشویی با ضریب آلفای کرونباخ (0/۸۶ - α) مورد تایید قرار گرفت.

پرسشنامه باورهای بدکارکردی جنسی (SDBQ): پرسشنامه استاندارد باورهای بدکارکردی

جنسی

(Nobre & Pinto Gouveia, 2006) برای ارزیابی باورها و تصورات قالبی جنسی است که در ادبیات بالینی به عنوان عوامل مستعد کننده ایجاد بدکارکردی جنسی مردان و زنان تلقی می شوند. این پرسشنامه در دو نسخه مردان و زنان که فرم زنان شامل ۶ خرده مقیاس و ۴۰ گویه که هر کدام از آنها باورهای وابسته به هر جنس را به طور اختصاصی اندازه گیری می کنند. از افراد خواسته می شود تا موافقت خود را در یک مقیاس ۵ درجه ای از کاملاً مخالف : ۱ تا کاملاً موافق: ۵ مشخص کنند. زیر مقیاس فرم زنان شامل ۶ باور می باشد: محافظه کاری جنسی، لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن، باورهای خودپنداره جسمی، باورهای مربوط به تقدم عاطفه بر لذت جنسی و تقدم وظایف مادرانه بر رابطه جنسی. سوال های ۱، ۳، ۲۲، ۲۳ و ۲۴ به طور معکوس نمره گذاری می شود. در پژوهش (Mohamadi, 2007)، پایایی پرسشنامه باورهای بدکارکردی جنسی برای نسخه زنان با ضریب آلفای کرونباخ (0/۸۹ - α) و برای نسخه زنان (0/۸۰ - α) مورد تایید قرار گرفت.

یافته های پژوهش

به منظور تصریح بیشتر متغیرهای مورد مطالعه ابتدا به محاسبه شاخص های توصیفی این متغیرها یعنی میانگین و انحراف معیار پرداخته شده است. جدول شماره (۱) نشانگر این دو شاخص است:

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
بدکارکردی جنسی	۲۰۰	۸۵/۵۰	۱۱/۳۱
محافظه کاری جنسی	۲۰۰	۲۷/۲۴	۴/۶۱
لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه	۲۰۰	۱۵/۹۸	۳/۵۰
ابعاد بد کارکردی جنسی		باورهای وابسته به سن	۱۲/۸۴
		۲/۴۴	
		باورهای خود پنداره جسمی	۸/۰۹
		۲/۶۸	
		تقدم عاطفه بر لذت جنسی	۱۱/۱۲
		۲/۷۷	
		تقدم وظایف مادرنه بر رابطه جنسی	۱۰/۲۴
		۲/۱۶	
دلزدگی زناشویی	۲۰۰	۵۹/۲۰	۱۰۴
		۲۱	
خستگی جسمی		۲۰۰	۱۵/۶۵
		۵/۱۵	
ابعاد دلزدگی زناشویی		خستگی عاطفی	۲۰۰
		۸/۰۸	
		۱۸/۸۹	
		خستگی روانی	۲۴/۶۶
		۲۰۰	
		۹/۲۹	

به منظور پاسخگویی به این سوال پژوهشگر که آیا ابعاد بدکارکردی جنسی قادر به پیش بینی نمره کل دلزدگی زناشویی در زنان می باشد؟ از آزمون رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده شده که نتایج آن در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) نتایج آزمون رگرسیون جهت پیش بینی نمره کل دلزدگی زناشویی بر اساس ابعاد بدکارکردی جنسی

R	sig p	t df	Beta r	متغیر مستقل R2
۰/۵۲۳	۰/۱۱۰	۱/۶۰	۰/۱۱۵	محافظه کاری جنسی
		۰/۰۰۱	۱۹۲-۶	۱۲/۰۸
۰/۰۱۵	۲/۴۶		۰/۲۰۹	لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه
	۰/۰۰۱	۶/۸۰	۰/۴۹۳	باورهای وابسته به سن
	۰/۰۲۰	۲/۳۳	۰/۱۷۹	باورهای خود پنداره جسمی
۰/۰۰۱	۳/۵۹		۰/۲۳۴	تقدم عاطفه بر لذت جنسی
۰/۲۸۴	۱/۰۷		۰/۰۷۲	تقدم وظایف مادرانه بر رابطه جنسی

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون در جدول (۲) و سطح معناداری مشاهده می شود که ابعاد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن، باورهای خود پنداره جسمی تقدم عاطفه بر لذت جنسی، قادر هستند در مجموع ۲۷/۴ درصد از واریانس دلزدگی زناشویی را پیش بینی کنند.

به منظور پاسخگویی به این سوال پژوهشگر که آیا ابعاد بدکارکردی جنسی قادر به پیش بینی ابعاد دلزدگی زناشویی در زنان می باشد؟ از آزمون رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده شده است که نتایج آن در جدول (۳)، (۴) و (۵) ارائه شده است.

جدول (۳) بیانگر نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی پیش بینی خستگی جسمی توسط بدکارکردی جنسی می باشد.

جدول (۳) نتایج آزمون رگرسیون جهت پیش بینی خستگی جسمی توسط ابعاد بدکارکردی جنسی

sig	t p	Beta df	r	متغیر مستقل R	R2
۰/۳۶۳	۰/۸۶۵	-۰/۱۷۰	-۰/۰۱۳	محافظه کاری جنسی	

۰/۱۳۱	۴/۸۴	۱۹۲-۶	۰/۰۰۱		
				۰/۰۲۳	- ۲/۲۹
					۰/۰۰۳
					۳/۰۵
					۰/۲۷۱
					- ۱/۱۰
					۰/۲۵۴
					۳/۵۶
					۰/۱۴۴
					۱/۴۶
					۰/۱۰۷

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون در جدول (۳) و سطح معناداری مشاهده می شود که ابعاد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن و تقدم عاطفه بر لذت جنسی، قادر هستند در مجموع ۱۳/۱ درصد از واریانس خستگی جسمی را پیش بینی کنند.

جدول (۴) بیانگر نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی پیش بینی خستگی عاطفی توسط بدکارکردی جنسی می باشد.

جدول (۴) نتایج آزمون رگرسیون جهت پیش بینی خستگی عاطفی توسط ابعاد بدکارکردی

متغیر مستقل		Beta		R		R ²	
sig	t	p	df	r	R	R ²	
۰/۲۶۷	۰/۵۱۷	۰/۰۱۲	-۲/۵۳	-۰/۱۸۲			محافظه کاری جنسی
						۱۱/۶۴	۱۹۲-۶
							لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه
							باورهای وابسته به سن
							باورهای خود پنداره جسمی
							تقدم عاطفه بر لذت جنسی
							تقدم وظایف مادرانه بر رابطه جنسی

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون در جدول (۴) و سطح معناداری مشاهده می شود که ابعاد محافظه کاری جنسی، لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن، باورهای خودپنداره جسمی و تقدم عاطفه بر لذت جنسی، قادر هستند در مجموع ۲۶/۷ درصد از واریانس خستگی عاطفی را پیش بینی کنند.

جدول (۵) بیانگر نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی پیش بینی خستگی روانی توسط بدکارکردی جنسی می باشد.

جدول (۵) نتایج آزمون رگرسیون جهت پیش بینی خستگی روانی توسط ابعاد بدکارکردی جنسی

sig	t	Beta		r	R	متغیر مستقل	
		p	df			R2	
۰/۳۱۰	۰/۵۵۷	۰/۱۷۸	-۱/۳۵	-۰/۰۹۵	۰/۰۰۱	۱۹۲-۶	۱۴/۳۹
	۰/۰۳۳	- ۲/۱۵	-۰/۱۷۸				لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه
		۰/۰۰۱	۷/۶۹	۰/۵۴۳			باورهای وابسته به سن
		۰/۰۰۶	- ۲/۷۷	-۰/۲۰۷			باورهای خود پنداره جسمی
۰/۰۰۱		۳/۸۱	۰/۲۴۲				تقدم عاطفه بر لذت جنسی
	۰/۵۲۰	۰/۶۴۵	۰/۰۴۲				تقدم وظایف مادرانه بر رابطه جنسی

با توجه به نتایج آزمون رگرسیون در جدول (۵) و سطح معناداری مشاهده می شود که ابعاد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن، باورهای خودپنداره جسمی و تقدم عاطفه بر لذت جنسی، قادر هستند در مجموع ۳۱ درصد از واریانس خستگی روانی را پیش بینی کنند.

تفسیر یافته های پژوهش

به منظور بررسی سوال اصلی اول که قدرت پیش بینی بدکارکردی جنسی برای دلزدگی زناشویی را موردسوال قرار می داد می توان گفت با توجه به این که در این تحلیل تنها یک متغیر مستقل و یک متغیر وابسته وجود داشت از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون همبستگی پیرسون ضریب همبستگی در جدول (۲) بین نمره کل متغیر بدکارکردی جنسی با نمره کل دلزدگی زناشویی برابر با ۰/۰۴۹ بود که نشانگرعدم وجود رابطه معناداری بین این دو متغیر بود. بنابراین نمره کل بدکارکردی جنسی قادر به پیش بینی نمره کل دلزدگی زناشویی نمی باشد. در واقع این چنین به نظر می رسد که نمره کل بدکارکردی جنسی که متشکل از ابعاد مختلفی می باشد که این ابعاد به دلیل همسو نبودن اغلب موجب خنثی شدن تفاوت های بین فردی در نمره کل بدکارکردی و در نتیجه کاهش واریانس می گردد. کاهش واریانس در نمره کل

نیز مطابق قواعد آماری موجب کاهش ضریب رابطه مابین متغیرها می گردد. شاهد این امر قابلیت ابعاد بدکارکردی جنسی در پیش بینی دلزذگی زناشویی می باشد که در ادامه به آن پرداخته خواهد شد. هرچند برخی مطالعات نشان دهند رابطه مثبت نقص کارکردهای زناشویی با دلزذگی زناشویی می باشد (Sadeghi&Samani,2011)، اما ویژگی های روان سنجی مقیاس بدکارکردی مانع از تایید این رابطه مثبت در این پژوهش گردید.

نتایج این پژوهش نشان داد که ابعاد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن، باورهای خودپنداره جسمی و تقدم عاطفه بر لذت جنسی از مولفه بدکارکردی جنسی دارای قدرت پیش بینی معناداری برای دلزذگی زناشویی می باشد. در تفسیر این نتایج می توان گفت با توجه به معنادار شدن بعد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه و تقدم عاطفه بر لذت جنسی در پیش بینی دلزذگی زناشویی شاید به دلیل نوع باورهای فرهنگی و عرفی جاری در جامعه ایرانی باشد. چرا که از یک سو ناپسند بودن میان نیازهای جنسی و ابراز لذت از تعاملات جنسی خود موجب بازداری های عاطفی می گردد که این عدم ابراز عاطفی می تواند موجب دلزذگی در افراد متأهل در روابط زناشویی آنها گردد.

همچنین با توجه به معنادار شدن باورهای وابسته به سن در فرهنگ و عرف جاری در جامعه ایرانی این گونه به نظر می رسد که هرچه سن افراد بالاتر می رود در برقراری ارتباط جنسی و ابراز تمایلات جنسی بیشتر دچار مشکل می شوند که بخشی مربوط به تغییرات فیزیولوژیک و بخشی دیگر مربوط به باورهای موجود در فرهنگ ایرانی و جامعه می باشد که همین امر موجب به وجود آمدن دلزذگی زناشویی در روابط زناشویی می گردد.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش (جدول شماره ۲) ابعاد بدکارکردی جنسی قادر به پیش بینی نمره کل دلزذگی زناشویی می باشد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش (Sedaghati, Kamaei& Fard,2015) تحت عنوان بررسی رابطه کژکاری جنسی در زنان متأهل با دلزذگی زناشویی همسو می باشد. این محققان در این مطالعه نشان دادند که بین شاخص های بدکارکردی جنسی و دلزذگی زناشویی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که بدکارکردی جنسی پیش بینی کننده ی مناسبی برای دلزذگی زناشویی است.

(LoPiccolo, 1979) در طی مطالعه ای که به مشکلات ارگاسم در زنان پرداخته بود؛ دریافت که از میان باورهای مربوط به بدکارکردی جنسی، باور محافظه کاری جنسی (مانند: «زنان نجیب و محجوب هیچ فعالیت جنسی را خودشان آغاز نمی کنند»، «رسیدن به ارگاسم را فقط می توان برای مردان قابل قبول دانست») و باورهای مربوط به سن و ظاهر جسمی (مانند: «رابطه جنسی تنها برای زنان زیر ۳۰ سال است»، «زنانی که از نظر جسمی جذاب نیستند، نمی توانند ارضا شوند») بیشتری را دارا بودند (Nobre & Pinto Gouveia, 2006).

(Masters & Johnson, 1970) نیز، به باورهای پیرو سنت (باورهای محافظه کارانه) به عنوان عامل مشترک در اکثر زنان دارای بدکارکردی جنسی اشاره کرده اند. بنابراین می توان گفت زمانی که بدکارکردی جنسی (ابعاد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن، تقدم عاطفه بر لذت جنسی و باورهای خودپنداره جسمی) در زوجین افزایش یابد، دلدزدگی زناشویی افزایش می یابد. به عبارتی زمانی که یکی از زوجین در تمایل جنسی، احساس گناه کند و نتواند احساسات و عواطف خود را مطرح کند و عزت نفس جسمی و جنسی پایینی داشته باشند، می تواند منجر به نارضایتی زناشویی، خستگی جسمی، خستگی عاطفی و روانی می شود و در نهایت منجر به افزایش دلدزدگی زناشویی شود. علاوه بر این زمانی که بدکارکردی جنسی (ابعاد لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه، باورهای وابسته به سن و تقدم عاطفه بر لذت جنسی، باورهای خودپنداره جسمی) در زوجین افزایش یابد، می تواند بر میزان بینش جنسی زوجین تاثیر بگذارد و منجر به کاهش روابط زناشویی و عدم ارتباط جنسی و در نهایت دلدزدگی زناشویی شود.

با توجه به نتایج این پژوهش که ابعاد بدکارکردی جنسی قادر به پیش بینی ابعاد دلدزدگی زناشویی می باشند (جدول ۳ و ۵). بنابراین می توان گفت که هر نوع کارکرد ناقص و یا ضعیف در روابط زناشویی در قابلیت ایجاد آسیب در روابط عاطفی مابین همسران موثر می باشد. کارکردهای جنسی به عنوان یکی از انواع کارکردهای زناشویی مطابق مطالعه (Sadeghi & Samani, 2011) کیفیت رابطه عاطفی و رضایت زناشویی را متاثر از خود می سازد. به اعتقاد (Sadeghi & Samani, 2011) هر گونه نقص در کیفیت روابط جنسی، شاخص های سلامت زناشویی را متاثر از خود می سازد. به طور مثال چنانچه یکی از ابعاد کیفیت رابطه جنسی اعم از اجازه برای برقراری ارتباط، رضایت برای برقراری ارتباط و تمایل به برقراری ارتباط، هر یک به نوبه ی خود نارضایتی زناشویی را افزایش می دهد. نتایج این پژوهش با پژوهش های مشابه دیگر (Sadeghi & Fard, 2015) و (Kamaei, Sadeghi & Samani, 2011) و (Asadi, Mansur, & Fathabadi, 2013) همسو می باشد.

در انتها پیشنهاد می گردد در تکمیل دانش نظری در این حوزه محققان دیگر با استفاده از طرح های پژوهشی تجربی اقدام به آزمون نقش کارکرد جنسی بر بهبود روابط زناشویی بپردازند. همچنین می توان با اجرای مطالعات علی مقایسه ای به بررسی عوامل زمینه ساز نقص در کارکردهای جنسی میان همسران پرداخت.

References

- Asadi, E., Mansur, L., Khodabakhshi, P., & Fathabadi, J. (2013). The Relationship Between Couple Burnout, Sexual Assertiveness, and Sexual Dysfunctional Beliefs in

- Women With Diabetic Husbands and Comparing Them With Women With Non - Diabetic Husbands, Journal of Family Research, Vol 9 (3); 311– 324 pp.
- Balanean, R. (2012). Postmodern psycho-social influences on the dysfunctional sexual beliefs of the Romanian youth. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 31 (2012), 714-718pp.
- Balon, R . & Segraves ,R .T.(2005). Handbook of sexual dysfunction.Taylor and Francis books,Inc.
- Bartlik, B.D.,Rosenfeld .S.,& Beaton.C.(2005).Assessment of sexual functioning: sexual history taking for health care practitioners. Journal of Epilepsy and Behavior,VOL.7,NO15-21.
- Beck ,J ; Barlow, D; Sakheim, D& Abrahamson ,D.(1987). Shock threat and sexual arousal: The role of selective attention, thought content, and affective states. Psychophysiology. 24(2): 165.72.
- Cumming& Oreilly.M.(1997). The Clinical Significance Of Loneliness: A Literature Review. Clinical Psychology Review, 26,695-718.
- Dadash Zadeh, F.(2007), “the role of economic, sexual and affective satisfaction in family dissociation” Tehran, Humanities journal, 14(3): 29-52
- Ellis,A.(1986). Retional – Emotive Couples Therapy.New York: Porgamon Press.
- Ellis, A(2000). How to control your anxiety before it controls you. 6thed. New York: Citadel press:77-90.
- Kamaie, F & Sedaghati Fard, M. (2015), “the relationship between sexual dysfunction in married women and their marriage pointlessness” cognitive-analytic psychology quarterly, 6 (23), 49-55.
- Koochi, S; Etemadi, A& Fatehi Nejad ,M. (2009), “The effect of the pointlessness in marriage on the family affective dimension”, 5th Islamic conference on consultation, qom, Islamic consultation studies institution.
- Jahanfar ,sh & Molaenejad, M.(2005). Text Book Of Sexual Disorder. 3thed. Tehran: salami, bijeh pub; 45-57.
- LoPiccolo, J. (1979). Assessing sexual behaviors in couples. Journal of Sex and Marital Therapy, 5, 225-243.
- Levine,S.B.(2003). Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals. Taylor & Francis Book, Inc.
- Masters,W.H.,& Johnson,V.E.(1970). Human sexual inadequacy. Boston : Little Brown.
- Mccarthy,B.W.(2002). sexual dysfunction. In: Hersen M,(editor). Clinicl behavioral therapy: Adult and children.New York: John Wiley,198-199.
- Menard, A.p., & Offman, A. (2009). The interrelationship between sexual self-Esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. The Canadian journal of human sexuality,18 (2), 144- 135pp.
- Mohammadi, A; Qaedi, Gh & Mohammadi Juyandeh, S. (2007), “the relationship between sexual dysfunction beliefs and depression in individuals with sexual disorders” articles of the 3rd global family and sexual health conference, Tehran, art-cultural creative center.
- Navidi, F; Adib Rad, N & Sabaghian, Z. (2007), “the relationship between marriage pointlessness and organizational atmosphere factors in male and female nurses:, psychology quarterly, Iranian psychology association, 11 (3), 285-287

- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship therapy*, 18(4), 171-204pp.
- Nobre, P.J. & Pinto Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors sexual dysfunction, *The Journal of Sex Research*, 43,1,pg.68.
- Peeples, K.A.(2000). Burnout in families and implication for the profession. *The Family journal .Counseling and therapy for couples and families*.8(2),203-206pp.
- Pines, A.M. (2002). The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*,1(2),170-180pp.
- Pines, A. (1996), "What can we do to avoid dreamy love being pointlessness", trans. Shadab (2002); Tehran, Ghoghnu press.
- Pains, A.m. (1996), "pointlessness of the marriage relations" Trans. Gohari Rad and Afshar (2004), Radmehr
- Roland, D.L.,& Incrocci, L.(2008). *Handbook of Sexual and Gender Identity disorders*. New York: John Wiley & Sons , 199-202pp.
- Shafiee, P & Sanaie, B. (2005), "the relationship between sexual realization, sexual orientation and sexual identity among married women", 2nd global conference on family and sexual issues, Tehran, Shahed University, family health clinic.
- Sanaie B. (2008), "comparison of family and marriage measures", 2nd edition, Tehran, Besat press.
- Sadeghi, L . & Samani, S. (2011). Components of couple's sexual relationship: a moral perspective. *Procedia social l and behavioral science*. 30: 1616- 1619.
- Van Plet,N. (2004).Creative Ways to keep romance alive.<http://heartnhome>.
- Vermilion,S.T&Holmes,M.M. (1997).Sexual dysfunction inwomen.Primary Carc Updat for OB/GYNS,(4),234-240pp.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی