

بررسی رابطه بین دلزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان متأهل

عدالت اسدی^۱

کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید بهشتی

جلیل فتح آبادی

استادیار روان شناسی دانشگاه شهید بهشتی

فواد محمد شریفی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید بهشتی

پذیرش: ۹۲/۵/۱۴

دریافت: ۹۲/۲/۱۷

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین دلزدگی زناشویی، احقاق جنسی و باورهای بدکارکردی جنسی در زنان صورت گرفته است.

روش: در این مطالعه همبستگی از بین زنان متأهل شهر تهران ۲۰۰ نفر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل، مقیاس دلزدگی زناشویی، شاخص احقاق جنسی هالبرت و پرسشنامه باورهای بدکارکردی جنسی بودند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی از جمله، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی از قبیل: ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از وجود رابطه بین دلزدگی زناشویی، احقاق جنسی و باورهای بدکارکردی جنسی در زنان متأهل می‌باشد. همچنین دلزدگی زناشویی در زنان از روی مؤلفه‌های مرتبط به باورهای بدکارکردی جنسی قابل تبیین است و از

1. goli.asadi1984@yahoo.com

میان مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی زنان، محافظه‌کاری و باورهای خود پنداره جسمی بیشترین نقش را در افزایش دلزدگی زناشویی دارا هستند. از دیگر نتایج پژوهش حاضر این است که از میان مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی زنان، محافظه‌کاری بیشترین نقش را در کاهش احقاق جنسی زنان متاهل داراست.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد نوع شناخت و باورهایی که زنان متاهل درباره مسائل جنسی دارند تأثیر زیادی بر میزان دلزدگی زناشویی آنها دارد یعنی هرچه باورهای جنسی منفی بیشتر باشد دلزدگی زناشویی بیشتر می‌شود و تأثیر منفی بر میزان احقاق جنسی زنان خواهد داشت. با توجه به نقش کلیدی باورهای جنسی در زندگی زناشویی پیشنهاد می‌شود در کلاس‌های آموزشی پیش از ازدواج، نقش و جایگاه این باورها در میزان رضایت زناشویی و جنسی زوجین آموزش داده شود.

واژگان کلیدی: دلزدگی زناشویی، احقاق جنسی، باورهای بدکارکردی جنسی.

مقدمه

زمانی که افراد پا به عرصه زندگی زناشویی می‌گذارند با انتظارات و توقعات خاصی، که از پیش در ذهن خود داشته‌اند، وارد این رابطه می‌گردند؛ اما زمانی که متوجه می‌شوند واقعیت چیزی دیگر است به تدریج دچار نوعی احساس سرخوردگی و دلخوری و در نهایت دلزدگی از رابطه زناشویی خود می‌شوند. دلزدگی^۱، فرسودگی و از پا افتادگی جسمی، عاطفی و روانی است که ناشی از عدم تناسب بین انتظارات و واقعیت است. این پدیده امری تدریجی است و به ندرت ناگهانی اتفاق می‌افتد. در حقیقت، عشق و صمیمیت به تدریج تحلیل می‌رود و همراه با آن فرسودگی کلی به وجود می‌آید. در بدترین حالت، دلزدگی منجر به قطع شدن و شکستن رابطه زناشویی می‌شود (پاینز، ۲۰۰۲). فرسودگی جسمی ناشی از دلزدگی به صورت خستگی، ملامت، سردرهای مزمن و ناراحتی معده، کمبود میل (شهوت) و پرخوری همراه است و فرسودگی عاطفی شامل دلخوری، بی‌میلی برای حل مشکلات و احساس غم و دلتنگی، ناامیدی، احساس بی‌معنایی، افسردگی، تنهایی، کمبود انگیزه و در دام افتادگی و اختلالات هیجانی و گاهی در صورت دلزدگی به وجود آمدن افکار خودکشی در فرد دلزده می‌باشد و فرسودگی روانی علائمی همچون کاهش اعتماد به نفس (خود باوری)، نظر منفی درباره همسر، ناامیدی و نارضایتی از خود و کمبود دوست داشتن خود را به همراه دارد (پاینز، ۱۹۹۶، ترجمه گوهری راد و افشار، ۱۳۸۳). انباشته شدن فشارهای روانی تضعیف‌کننده عشق، افزایش تدریجی خستگی و یکنواختی و جمع شدن رنجش‌های کوچک به بروز فرسودگی کمک می‌کند (برک، ویر و دورز، ۲۰۰۷؛ به نقل از یوسفی و باقری، ۱۳۹۰)

یکی از عوامل زمینه‌ساز دلزدگی زناشویی برای زنان، نارضایتی آنان در حوزه مسائل جنسی در زندگی مشترک است. مشکلات جنسی در روابط زناشویی می‌تواند منجر به پایین آمدن کیفیت روابط جنسی و در کل، روابط زناشویی شود. پایین آمدن کیفیت در این موارد،

خود می‌تواند منجر به نارضایتی زناشویی و سرخوردگی و دلزدگی جنسی و زناشویی در زنان گردد؛ پاینز (۱۹۹۶)، ترجمه گوهری راد و افشار، (۱۳۸۳) نیز معتقد است که رضایت‌مندی زناشویی پایین می‌تواند منجر به بروز سرخوردگی و دلزدگی از زندگی زناشویی و تنزل کیفیت زندگی زناشویی شود. تمایلات جنسی، یکی از عناصر مهم بهزیستی روانی کلی زنان است. مشکلات و بدکارکردی‌های جنسی صرفاً شامل تنیدگی‌های شخصی و بین فردی نمی‌شود بلکه با مشکلات روانی-اجتماعی زندگی زنان که به طور محسوسی بر سلامتی آنها تأثیر می‌گذارد، نیز مرتبط است. باورهای جنسی نقش مهمی در بینش جنسی افراد دارند و جوامع سعی می‌کنند تا مقاربت که بیشتر یک فعالیت بین فردی است را کنترل کنند. بدین خاطر عوامل اجتماعی و فرهنگی می‌توانند در فعالیت‌ها و علائق 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 گرفته‌اند. بیش از نیمی از مشکلات جنسی که باعث نابودی زندگی و روابط خانوادگی می‌شود به علت عدم آگاهی و داشتن عقاید و باورهای نادرست در مورد روابط جنسی ایجاد می‌شود (استالوفر و همکاران، ۲۰۰۵). هرچند که در عصر کنونی افراد برای بدست آوردن اطلاعات جنسی به منابع مدرن‌تری همچون اینترنت مراجعه می‌کنند 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 ملاحظه‌ای دور از واقعیت می‌باشند (بالاین، ۲۰۱۲ الف). براساس نظریه شناختی افراد درباره‌ی توانایی‌ها و هویت جنسی خود، باورهایی را شکل می‌دهند. هیندر مارک^۱ اظهار می‌کند، باورها و طرحواره‌های شناختی^۲ زیربنای رفتارها و پاسخ‌های جنسی (از قبیل: آغازگری، ارگاسم و لذت جنسی) هستند. این باورها و طرحواره‌های زیربنایی آنها، بر اساس تجربه‌های گذشته شکل می‌گیرند و چگونگی پردازش اطلاعات مرتبط با مسائل جنسی

1. Hindmarch
2. cognitive schema

را تحت تأثیر قرار می‌دهند و رفتار جنسی فرد را در آینده هدایت می‌کنند (کافل^۱ و هیمن^۲، ۲۰۰۶). در واقع براساس تئوری شناختی به نظر می‌رسد، بین رفتارها و اختلالات جنسی با باورهای جنسی رابطه وجود دارد. باورهای جنسی به عنوان افکار و ایده‌های فرد در مورد رفتارهای جنسی تعریف می‌شود. مطالعات قبلی نشان داده است، باورهای جنسی متفاوت در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی متفاوت نقش مهمی دارند (نوبره و پیتو-گویا، ۲۰۰۳). این نتایج در پژوهش آدامز، چاوردیا^۳ و لفلند^۴ (۱۹۹۶) نیز تأیید گشته است. 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 گونه‌ای معنادار، باورهای وابسته به خودپنداره جسمی بیشتری (مثل: زنانی که از لحاظ جسمی جذاب نیستند، نمی‌توانند از نظر جنسی ارضا شوند) و باورهای مربوط به سن بیشتری (مثل: زنان بعد از یائسگی میل جنسی‌شان را از دست می‌دهند) را نشان می‌دهند (نوبره و پیتو-گویا، ۲۰۰۶). مردان و زنانی که مبتلا به اختلال‌های جنسی هستند، نگرش‌های منفی‌تری نسبت به افراد سالم در مورد مسائل جنسی دارند (محمدی، قائدی، محمدی جوینده، ۱۳۸۶). باورهای بدکارکردی جنسی، خواه توسط آموزش جنسی ناکافی، یا خواه توسط الگوهای فرهنگی متعارض تعیین شود، می‌تواند منجر به سکوتی رنج‌آور شود که به طور مخفیانه و بدون آگاهی صحیح از دلایل آن، شخص را از لحاظ روانی تحلیل برده و از پای در می‌آورد (بالاین، ۲۰۱۲ ب). با توجه به مطالب بیان شده، می‌توان گفت به علت وجود نگرش منفی، اسطوره‌ها و باورهای منفی که در میان زنان درباره‌ی تمایلات و روابط جنسی وجود دارد و مسلماً همان‌طور که گفته شد این باورها و اسطوره‌ها ریشه‌ای قوی در فرهنگ و اجتماع دارند- زنان در اجتماعات مردسالاری که چنین باورهای نادرستی را در زن نهادینه کرده‌اند،

1. kuffel
2. Heiman
3. Adams & Ghupurdia
4. Ghupurdia & Lofland

نمی‌توانند به گونه‌ای مناسب تمایلات جنسی مشروع خود را در روابط زناشویی بیان نموده و احقاق جنسی^۱ پایینی در روابط جنسی و زناشویی خود خواهند داشت. این امر به دنبال خود پیامدهای ناگواری بخصوص در حیطه‌ی روابط زوج به جای خواهد گذاشت. احقاق جنسی فاکتور مهمی در رضایت جنسی و زناشویی محسوب می‌شود (اسدی، سیاوشی، شیرعلی پور و همکاران، ۲۰۱۱). احقاق جنسی به منزله‌ی نوع فرعی ارتباط جنسی است و به عنوان توانایی فرد در جهت برقراری رابطه‌ی جنسی برای رفع نیازهای جنسی و آغاز کردن رفتار جنسی با شریک جنسی یا همسر قلمداد می‌شود (منارد و آفمن^۲، ۲۰۰۹). در جوامع پدرسالار، جایی که عطش جنسی زنان اغلب با اهانت و بدنامی مواجه می‌شود و در آن جامعه مردان با اعتقاد به این که زنان اشیاء جنسی هستند که نیاز یا حقوق جنسی ندارند، احقاق جنسی زنان اغلب با عکس العمل منفی از طرف آنان مواجه می‌شود. میلز^۳ (۲۰۰۵)، اظهار می‌دارد که فهم زنان و عطش مردان و رفتارهای زنانگی و مردانگی مقتضی و مناسب، احقاق جنسی را می‌سازد؛ منتهای مراتب برای یک زن مشکل است تا حقوق جنسی‌اش را حتی اگر از آن آگاه باشد اعاده کند. در نتیجه، فعل‌پذیری جنسی (غیر فعال بودن به لحاظ جنسی) یا فعل‌پذیری جنسی ادراک شده، خشم خود را برای ویرانی به سمت عامل جنسی و سلامت جنسی زنان آشکار می‌کند (میلز^۳، ۲۰۰۵). عدم توازن در غلبه و احقاق خویشتن، غالباً با مسائل و مشکلات جنسی در ارتباط است. شکل‌های زیادی از مشکل جنسی در چنین موقعیت‌هایی مشاهده می‌شود، اما شایعترین آن علاقه اندک جنسی در فردی است که ویژگی جرأت‌ورزی و احقاق در وی کم است (کرو و ریدلی، ترجمه موسوی، ۱۳۸۸).

در بسیاری از جوامع زنان در احقاق خویشتن مشکل دارند و دارای عزت نفس پایینی هستند و برای آنان دشوار است که نیازهای خود را بیان کنند و یا استقلال فردی خود را در

1. sexual assertiveness
2. Menard & Affman
3. Mills

روابط زناشویی حفظ نمایند. عوامل متعددی در هر جامعه، باعث شکل‌گیری و تشدید این وضعیت برای زنان می‌شود. یکی از مسائلی که به صورت ناخودآگاه باعث پایمال شدن حقوق زنان و درماندگی آنان در جامعه شده، مربوط به افسانه‌ها و باورهای غلط جنسیتی و جنسی رایج در جامعه است (بای، ۱۳۸۷). علیرغم انقلاب جنسی این عصر، باز هم زنان در قیاس با مردان از این دیدگاه، فرودست و دنباله‌رو می‌باشند و باور غالبشان این است که در روابط جنسی باید مرد پیشگام شود. این نگرش سبب می‌شود که زنان نتوانند آگاهانه و آزادانه علائق روحی و جسمی خود را به اطلاع همسر خود رسانده و از او بخواهند که خواسته‌های جنسی آنها را برآورده سازد (لولین جونز، ترجمه رحمتی، ۱۳۸۰). کریستوفر و اسپریچر (۲۰۰۰) اظهار می‌کنند گرچه دانش ما در مورد روابط جنسی زناشویی بیش از گذشته است ولی در این مورد که روابط جنسی چگونه بر زندگی زناشویی اثر می‌گذارد و در مورد ماهیت تأثیر و تأثر آن با دیگر پدیده‌های زناشویی دیدگاه محدودی داریم (به نقل از عارفی و محسن‌زاده، ۱۳۹۱).

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 دربارهٔ احقاق جنسی زنان و رابطهٔ آن با تمایلات جنسی‌شان و در نهایت پیامدهای ناگوار ناشی از عوارض دزدگی زناشویی، گویای اهمیت و ضرورت پرداختن به چنین پژوهشی در جامعه ماست. بالا بردن آگاهی و بینش زنان نسبت به وجود علائم دزدگی در خودشان می‌تواند 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 زمینه‌ساز یک مشکل بتواند نیمی از راه حل را مهیا کند. پژوهش‌های اندکی دزدگی را در زمینه زناشویی مورد کنکاش قرار داده‌اند. بررسی و مطالعه در زمینه دزدگی زنان از روابط زناشویی و بررسی رابطهٔ آن با متغیرهایی چون باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی که به نوبهٔ خود نقش مهمی در روابط زناشویی یک زن و

رضایت او از این رابطه ایفا می‌کنند، انجام چنین پژوهشی را ضروری می‌کند. اکنون این سوال مطرح می‌شود که آیا بین دلزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان متأهل رابطه‌ای معنادار وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی می‌باشد و به بررسی رابطه بین دلزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان متأهل پرداخته است. در مطالعات همبستگی، هدف بررسی میزان هم‌تغییری بین متغیرهای موجود است؛ بر این اساس در پژوهش حاضر، هدف بررسی میزان هم‌خوانی بین متغیرهای موجود است. از طرفی، چون هدف بررسی میزان هم‌تغییری بین متغیرهای باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی (متغیرهای پیش‌بین) با دلزدگی زناشویی (متغیر ملاک) است از نوع پیشرفته همبستگی، یعنی تحلیل رگرسیون، استفاده می‌شود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل تمامی زنان متأهل ساکن در شهر تهران بود. افراد نمونه که شامل ۲۰۰ نفر بودند به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که از میان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران به صورت تصافی ۵ منطقه انتخاب شد و از میان هر کدام از این ۵ منطقه محله‌هایی به صورت تصادفی انتخاب نموده و پرسشنامه‌ها توزیع گردید (در هر منطقه ۴۰ پرسشنامه تکمیل گردید).

ابزار پژوهش: شاخص احقاق جنسی هالبرت (HISA): این آزمون در سال ۱۹۹۲ توسط دیوید فارلی هالبرت برای سنجش میزان احقاق جنسی زنان در تعامل با دیگران تدوین شد (هالبرت و اپت، ۱۹۹۲). آزمون شامل ۲۵ سؤال است و در انتخاب گزینه‌های آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شده است. گزینه‌ها از همیشه تا هرگز درجه بندی شده است. در اجرای شاخص جنسی هالبرت توسط دیوید فارلی هالبرت، اعتبار آزمون-بازآزمون، ۰/۸۶ به دست آمد. در اجرای آن توسط شفیع (۱۳۸۴) روی ۴۰ دانشجوی زن متأهل ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۲ بود. اجرای مجدد آن توسط بای (۱۳۸۷) بر روی ۱۵ زن تحصیلکرده متأهل،

ضریب آلفای کل آزمون ۰/۹۵ به دست آمد. این شاخص دارای روایی محتوایی ساختار یافته با ثبات درونی ۰/۹۱ است. این ابزار بنا به نظر سنجی از اساتید و صاحبان نظران از روایی مناسبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه باورهای بدکارکردی جنسی (SDBQ): این پرسشنامه ۴۰ ماده‌ای برای ارزیابی باورها و تصورات قالبی جنسی است که در ادبیات بالینی به عنوان عوامل مستعد کننده ایجاد بدکارکردی جنسی مردان و زنان تلقی می‌شوند. پرسشنامه در دو نسخه مردان و زنان ارائه شده است، هر کدام از آنها باورهای وابسته به هر جنس را به طور اختصاصی اندازه‌گیری می‌کنند. از افراد خواسته می‌شود تا موافقت خود را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ مشخص کنند (نوبر و پینتو-گویا، ۲۰۰۶). زیر مقیاس فرم زنان شامل ۶ باور می‌باشد: باورهای مربوط به پاکدامنی زن، باورهای مربوط به میل و لذت جنسی به مثابه گناه، باورهای مربوط به تصویر بدنی، باورهای مربوط به تقدم عاطفه بر لذت جنسی و باورهای مربوط به تقدم وظایف مادرانه بر رابطه جنسی. پایایی آزمون-باز آزمون برای نسخه مردان و زنان با فاصله چهار هفته، دارای همبستگی معنادار و رضایت بخشی بوده است ($I=0/80$ و $I=0/73$). آلفای کرانباخ برای نسخه مردان ۰/۹۳ و برای نسخه زنان ۰/۸۱ همسانی درونی پرسشنامه را تأیید کردند (نوبر، پینتو-گویا، ۲۰۰۶). در نسخه فارسی این پرسشنامه برای مردان همسانی درونی ۰/۸۹ و برای نسخه زنان همسانی درونی ۰/۸۰ به دست آمده است. همچنین روایی همگرایی آن با پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد ۰/۷۶ بوده است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۶).

پرسشنامه دزدگی زناشویی (CBM): این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه‌گیری میزان دزدگی زناشویی در بین زوجین طراحی گردیده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه دارد که نشان دهنده نشانگان دزدگی است و دارای سه جزء اصلی، از پا افتادن جسمی (مثل: احساس خستگی، سستی و داشتن اختلال خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، احساس در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل: احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) می‌شود. تمام این گویه‌ها روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ

داده می‌شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر است (پاینز، ۱۹۹۶، ترجمه شاداب، ۱۳۸۱). ارزیابی اعتبار CBM نشان داد که در این پرسشنامه همسانی درونی بین متغیرها در دامنه‌ی ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی CBM به وسیله‌ی همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است؛ مانند: نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه‌ی عاطفی نسبت به همسر و کیفیت رابطه‌ی جنسی آنها. نسخه‌های ترجمه شده‌ی CBM به طور موفقیت‌آمیزی در مطالعات بین فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، پرتغال، فنلاند و اسرائیل استفاده شده است (پاینز، ۲۰۰۳).

در ایران نویدی (۱۳۸۴) آلفای کرانباخ این پرسشنامه را در مورد نمونه ۲۴۰ نفری، ۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم اندازه‌گیری کرد که مقدار آن ۰/۸۶ شد. در پژوهش ادیبراد و ایبراد (۱۳۸۴) نیز ضریب اطمینان آزمون-بازآزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای یک دوره ۴ ماهه به دست آمد. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی‌ها با ضریب آلفا سنجیده شد که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (پاینز، ۱۹۹۶، ترجمه شاداب، ۱۳۸۱).

یافته‌ها

میانگین سنی زنان نمونه و همسرانشان به ترتیب ۳۷/۱۲ و ۴۱/۹۶ و اختلاف سنی با همسرانشان به طور میانگین ۴/۷۳ سال و میانگین مدت ازدواج نیز ۱۰/۸۹ سال ارزیابی شده است. همچنین بیشترین درصد افراد نمونه دارای مدرک دیپلم (۴۲ درصد) و کمترین درصد دارای مدرک زیر دیپلم (۸ درصد) بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار زنان نمونه در متغیرهای دلزدگی زناشویی، احقاق جنسی، باورهای بدکارکردی جنسی

متغیر	داده‌های توصیفی			
	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین
دلزدگی زناشویی	۲۰۰	۶۸	۱۰۹	۸۵/۸۱
احقاق جنسی	۲۰۰	۸	۷۱	۳۷/۸۲
محافظه کاری جنسی	۲۰۰	۲۶	۴۰	۳۱/۸۷
تمایل جنسی	۲۰۰	۱۲	۲۵	۱۷/۲۱
باورهای وابسته به سن	۲۰۰	۱۰	۲۵	۱۷/۰۶
باورهای خود پنداره جسمی	۲۰۰	۸	۲۵	۱۲/۷۵
انکار کردن تقدم عاطفه	۲۰۰	۱۲	۲۵	۲/۱۰
تقدم مادری	۲۰۰	۱۱	۱۶	۱۳/۵۰
باورهای بدکارکردی جنسی	۲۰۰	۸۹	۱۳۳	۱۱۳/۴۰

۶۷۱

با توجه به داده‌های جدول شماره ۱ میانگین دلزدگی زناشویی در زنان آزمودنی‌ها ۸۵/۸۱، میانگین احقاق جنسی ۳۷/۸۲ و میانگین باورهای بدکارکردی جنسی نیز ۱۱۳/۴۰ می‌باشد. سؤال اول: آیا بین دلزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان رابطه معناداری وجود دارد؟

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی پیرسون در مورد سوال اول

	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
احقاق جنسی	** /۰.۸۳۳-	** /۰.۷۱۴-	۰ /۰.۲۰۳	** /۰.۷۳۱-	** /۰.۶۲۷-	** /۰.۷۹۴-	** /۰.۸۶۳-	** /۰.۱۹۸-	۱	Γ
دلزدگی	** /۰.۲۵۸	۰ /۰.۱	** /۰.۱۸۲-	** /۰.۲۲۸	** /۰.۲۶	** /۰.۲۵	** /۰.۲۳	۱	** /۰.۱۹۸-	Γ
زناشویی	** /۰.۹۲۴	** /۰.۶۷۶	- /۰.۲۴۹	** /۰.۷۷۹	** /۰.۵۱۷	** /۰.۷۲	۱	** /۰.۲۳	** /۰.۸۶۳-	Γ
محافظة کاری جنسی	** /۰.۸۳۸	** /۰.۲۸۱	** /۰.۵۱۵-	** /۰.۸۶۲	** /۰.۵۴۱	۱	** /۰.۷۲	** /۰.۲۵	** /۰.۴۹۷-	Γ
باورهای جنسی	** /۰.۷۲۶	** /۰.۵۵۸	** /۰.۵۲۵	** /۰.۶۴۵	۱	** /۰.۵۴۱	** /۰.۵۱۷	** /۰.۲۶	** /۰.۶۲۷-	Γ
وابسته به سن	** /۰.۸۹۶	** /۰.۵۱۲	** /۰.۵۱۵-	۱	** /۰.۶۴۵	** /۰.۸۶۲	** /۰.۷۷۹	** /۰.۲۲۸	** /۰.۷۳۱-	Γ
باورهای خود پنداره جسمی	** /۰.۳۲-	۰ /۰.۶۳	۱	** /۰.۵۱۵-	** /۰.۵۲۵-	** /۰.۵۱۵-	** /۰.۲۴۹-	** /۰.۱۸۲-	۰ /۰.۲۰۳	Γ
انکار کردن تقدم عاطفه	** /۰.۷۰۹	۱	۰ /۰.۶۳	** /۰.۵۱۲	** /۰.۵۵۸	** /۰.۲۸۱	** /۰.۶۷۶	۰ /۰.۱	** /۰.۷۱۴-	Γ
تقدم مادری	۱	** /۰.۷۰۹	** /۰.۳۲-	** /۰.۸۹۶	** /۰.۷۲۶	** /۰.۸۳۸	** /۰.۹۲۴	** /۰.۲۵۸	** /۰.۸۳۳-	Γ
باورهای بدکارکردی جنسی										

**معناداری در سطح $\alpha = .01$

**معناداری در سطح $\alpha = .05$ و $N=200$

داده‌های جدول فوق بر مبنای نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که رابطه‌ی بین مؤلفه‌ی احقاق جنسی، با نمره‌ی کل باورهای بدکارکردی جنسی با مقدار $\gamma = 0/833$ و نیز با دلزدگی زناشویی با مقدار $\gamma = 0/198$ ، در سطح $\alpha = 0/05$ معنادار است و این رابطه به صورت معکوس و منفی می‌باشد. همچنین رابطه‌ی بین مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی با احقاق جنسی، معکوس و معنادار می‌باشد. از طرف دیگر رابطه‌ی بین دلزدگی زناشویی با نمره‌ی کل باورهای بدکارکردی جنسی با مقدار $0/258$ ، به صورت مثبت و مستقیم معنادار است. همچنین رابطه‌ی بین مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی با دلزدگی زناشویی به صورت مثبت و مستقیم معنادار است و این امر به این معنی است که نمره بالای

احقاق جنسی، با نمرات پایین مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی همراه است و بالعکس. همچنین دزدگی بالا، با نمرات بالای مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی همراه است و بالعکس. از طرف دیگر با بالا رفتن میزان نمره احقاق جنسی، میزان دزدگی زناشویی کاهش پیدا می‌کند. بنا براین بین دزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان نمونه رابطه معناداری وجود دارد.

■ سؤال دوم: تا چه اندازه دزدگی زناشویی در زنان از روی مؤلفه‌های مرتبط به باورهای بدکارکردی جنسی قابل تبیین است؟

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه ی دزدگی زناشویی از روی مؤلفه های باورهای بد کارکردی

		جنسی				
متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
۱	رگرسیون	۵۰۲۳/۲۴۷	۱	۵۰۲۳/۲۴۷	۴۲/۴۱۵	^a ۰/۰۰۱
	باقیمانده	۲۳۴۴۹/۳۴۸	۱۹۸	۱۱۸/۴۳۱		
	کل	۲۸۴۷۲/۵۹۵	۱۹۹			
۲	رگرسیون	۵۹۵۹/۹۹۱	۲	۲۹۷۹/۹۹۵	۲۶/۰۷۷	^b ۰/۰۰۱
	باقیمانده	۲۲۵۱۲/۶۰۴	۱۹۷	۱۱۴/۲۷۷		
	کل	۲۸۴۷۲/۵۹۵	۱۹۹			

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون در جدول فوق نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه دزدگی زناشویی از روی مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی، از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۱$ ؛ $F = ۲۶/۰۷۷$) و این مؤلفه‌ها بخشی از واریانس چندگانه دزدگی زناشویی را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر این نتیجه نشان می‌دهد که ضرایب رگرسیون معنادار است و دزدگی زناشویی در زنان، از روی مؤلفه‌های مرتبط به باورهای بدکارکردی جنسی قابل تبیین است.

جدول ۴. نتایج مربوط به ضریب تعیین پیش بینی دزدگی زناشویی از روی مؤلفه های باورهای بدکارکردی جنسی

مدل	پیش بین	R	R ²	ضرایب بتا	آماره های تولرانس	عامل تورم واریانس
۱	محافظه کاری جنسی	^a ۰/۴۲	۰/۱۷۶	۰/۴۲	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
۲	محافظه کاری جنسی	^b ۰/۴۵۸	۰/۲۰۹	۰/۳۲۳	۰/۷۷۸	۱/۲۸۵
	باورهای خود پنداره جسمی			۰/۲۰۶	۰/۷۷۸	۱/۲۸۵

با توجه به میزان R² موجود در جدول فوق (۰/۱۷۶)، می‌توان نتیجه گرفت که باور محافظه کاری جنسی از مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی زنان در حدود ۱۷/۶ درصد از تغییرات واریانس متغیر دزدگی زناشویی را در گام اول تبیین می‌کند. به عبارت دیگر از میان مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی زنان، محافظه کاری جنسی بیشترین نقش را در افزایش دزدگی زناشویی داراست. به طوری که با یک واحد تغییر در متغیر محافظه کاری جنسی، طبق نتایج بتا در جدول فوق به میزان ۰/۴۲۰ واحد در واریانس دزدگی زناشویی افزایش ایجاد می‌گردد. در گام دوم نیز با اضافه شدن مؤلفه‌های باورهای خود پنداره جسمی این سهم درصدی تبیین، به ۲۰/۹ درصد افزایش پیدا می‌کند.

سؤال سوم: کدام یک از مؤلفه‌های مرتبط به باورهای بدکارکردی جنسی زنان، در پیش‌بینی احقاق جنسی آنها نقش دارد؟

جدول ۵. نتایج رگرسیون چند گانه ی احقاق جنسی از روی مولفه های باورهای بد کارکردی

جنسی						
متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
۱	رگرسیون	۳۳۴۴۵/۰۳۱	۱	۳۳۴۴۵/۰۳۱	۲۳۳/۹۱۳	^a ./۰۰۱
	باقیمانده	۲۸۳۱۰/۱۶۴	۱۹۸	۱۴۲/۹۸۱		
	کل	۶۱۷۵۵/۱۹۵	۱۹۹			
۲	رگرسیون	۳۷۱۷۹/۲۷۹	۲	۱۸۵۸۹/۶۳۹	۱۴۹/۰۱۴	^b ./۰۰۱
	باقیمانده	۲۴۵۷۵/۹۱۶	۱۹۷	۱۲۴/۷۵۱		
	کل	۶۱۷۵۵/۱۹۵	۱۹۹			
۳	رگرسیون	۳۸۳۳۰/۷۸۲	۳	۱۲۷۷۶/۹۲۷	۱۰۶/۹۰۹	^c ./۰۰۱
	باقیمانده	۲۳۴۲۴/۴۱۳	۱۹۶	۱۱۹/۵۱۲		
	کل	۶۱۷۵۵/۱۹۵	۱۹۹			

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون در جدول فوق نشان می‌دهد که رگرسیون چند گانه احقاق جنسی (۳۸۳۳۰/۷۸۲) از روی مؤلفه‌های باورهای بد کارکردی جنسی، از لحاظ آماری معنادار است و این مولفه‌ها بخشی از واریانس چند گانه احقاق جنسی را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر این نتیجه نشان می‌دهد که ضرایب رگرسیون معنادار است و شواهد کافی برای تأیید فرضیه وجود دارد.

جدول ۶. نتایج مربوط به ضریب تعیین پیش بینی احقاق جنسی از روی مولفه های باور های بد

کارکردی جنسی

مدل	پیش بین	R	R ²	ضرایب بتا	آماره های تولرانس	عامل تورم واریانس
۱	محافظه کاری جنسی	^a ۰/۷۳۶	۰/۵۴۲	-۰/۷۳۶	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
۲	محافظه کاری جنسی	^b ۷۷۶	۰/۶۰۲	-۰/۵۸۹	۰/۷۳۶	۱/۳۵۹
	تقدم مادری	۰/		-۰/۲۸۷	۰/۷۳۶	۱/۳۵۹
۳	محافظه کاری جنسی	^c ۰/۷۸۸	۰/۶۲۱	-۰/۴۷۷	۰/۴۹۳	۱/۰۲۹
	تقدم مادری			-۰/۳۲۳	۰/۷۰۰	۱/۴۲۹
	لذت و تمایل تمایل جنسی به عنوان گناه			-۰/۱۶۸	۰/۶۵۹	۱/۵۱۷

با توجه به میزان R^2 (۰/۵۴۲) موجود در جدول (۴-۱۹)، می‌توان نتیجه گرفت که باور محافظه کاری جنسی از مولفه‌های باور های بدکارکردی جنسی زنان، در حدود ۵۴/۲ درصد از تغییرات واریانس متغیر احقاق جنسی را در گام اول تبیین می‌کند به عبارت دیگر از میان مؤلفه‌های باورهای بدکارکردی جنسی زنان، باور محافظه کاری جنسی بیشترین نقش را در کاهش احقاق جنسی داراست، به طوری که با یک واحد تغییر در متغیر محافظه کاری جنسی، طبق نتایج بتا در جدول فوق، به میزان ۰/۷۳۶ واحد در واریانس احقاق جنسی کاهش ایجاد می‌شود. در گام دوم و سوم نیز با اضافه شدن مؤلفه‌های «تقدم مادری» و «لذت و تمایل جنسی به عنوان گناه» این سهم درصدی تبیین به ترتیب به میزان ۶۰/۲ و ۶۲/۱ درصد افزایش پیدا می‌کند.

نتیجه گیری

تبیین نتیجه سوال اول: برخی از نظریه پردازان روان شناختی معتقدند که اغلب کسانی که دچار مشکلات و اختلالات جنسی هستند، دارای زمینه‌های مذهبی سخت‌گیرانه یا تمایلات جنسی سرکوب شده‌ای هستند که هیچگاه اجازه صحبت درباره مسائل جنسی را به آنها نداده و موضوعات جنسی را همیشه کثیف و گناه‌آلود معرفی کرده‌اند. سلامت عاطفی، باورها و نگرش‌های آدمی به مسائل جنسی می‌تواند به نحو گسترده بر فعالیت‌های جنسی وی اثر بگذارد (شعیری، روشن، اصغری مقدم، نائینان، ۱۳۸۶). به عبارتی دیگر، بر اساس تئوری شناختی به نظر می‌رسد بین رفتارها و اختلالات جنسی با باورهای بدکارکردی جنسی رابطه وجود دارد. در واقع یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در بدکارکردی جنسی افراد، باورهای شناختی آنهاست (نوبره و گویا، ۲۰۰۳). مسترز و جانسون اکثر تصورات سنتی درباره‌ی خاستگاه‌های روان شناختی مشکلات جنسی را رد کردند. آنها اظهار می‌دارند: «این محرومیت اجتماعی- فرهنگی و نادیده گرفتن فیزیولوژی جنسی است و نه اختلال پزشکی و روان‌پزشکی که زمینه ساز اکثر اختلال‌های کارکرد جنسی است». یعنی مشکلات جنسی نشانه اختلال عمیق روان پزشکی نیست، بلکه علت ساده‌تری دارد مثل، محرومیت آموزشی و اطلاعات و باورهای غلط و رایج درباره‌ی تمایلات و رابطه جنسی. آنها ریشه بسیاری از اختلال‌های کارکرد جنسی را در کلیشه‌ها و باورهای غلط جنسی می‌دانند که بخصوص از طریق خانواده، فرهنگ و جامعه به افراد منتقل می‌شود (شیبلی هاید، ۲۰۰۸، ترجمهٔ خمسه، ۱۳۸۷). با توجه به این مطالب می‌توان دریافت تا زمانی که زنان خود را بر اساس هنجارهای جامعه‌ی مردسالار و باورهای غلط جنسی و جنسیتی ریشه گرفته از فرهنگ و در برخی موارد مذهب چنین جوامعی تعریف می‌کنند، نمی‌توانند یک خود جنسی واقعی را ابراز کنند. این امر به نوبه‌ی خود، به میزان زیادی، احقاق جنسی زنان تحت الشعاع قرار می‌دهد (نظری، بیرامی، بای، ۱۳۸۹). شفیعی (۱۳۸۴) در پژوهش خود نشان داد که بین تمایلات جنسی و احقاق جنسی رابطه‌ی معناداری وجود دارد و تمایل جنسی قادر به پیش‌بینی احقاق جنسی است. تحقیقات درباره‌ی احقاق جنسی نشان می‌دهد که

احقاق جنسی بالاتر به لذت جنسی بیشتری مرتبط می‌شود. برای زنان، سطوح بالاتر احقاق جنسی، با رضایت بالاتری از آمیزش جنسی و تعداد دفعات بیشتر ارگاسم رابطه دارد (منارد و آفمن، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر احقاق جنسی ارتباط زیادی با میزان رضایت جنسی دارد و همان‌طور که می‌دانیم رضایت جنسی نقش بسیار مهمی در رضایت زناشویی دارد (رحمانی، صادقی، اله‌قلی، مرقاتی‌خویی، ۱۳۸۹). رضایت‌مندی زناشویی پایین نیز به نوبه خود می‌تواند منجر به بروز سرخوردگی و دلزدگی از زندگی زناشویی و تنزل کیفیت زناشویی شود. ارتباط بین رابطه‌ی جنسی ضعیف و دلزدگی می‌تواند دارای دو مفهوم باشد: این که دلزدگی سبب اختلال در رابطه‌ی جنسی می‌شود، یا زمانی که رابطه‌ی جنسی کسل‌کننده، یکنواخت و یا ارضا کننده نیست بروز دلزدگی را آسان‌تر می‌کند (پاینز، ۱۹۹۶، ترجمه‌ی گوهری راد و افشار، ۱۳۸۳). با توجه به این مطالب می‌توان به تأثیر باورهای غلط جنسی بر ایجاد مشکلات و بدکارکردی‌های جنسی و رابطه‌ی آن با احقاق جنسی و دلزدگی زناشویی پی برد.

تبیین نتیجه سوال دوم: هیمن و لوییکولو (۱۹۸۸) در طی مطالعه‌ای که به مشکلات ارگاسم در زنان پرداخته بودند؛ دریافتند که از میان باورهای مربوط به بدکارکردی جنسی، باور محافظه‌کاری جنسی (مانند: «زنان نجیب و محجوب هیچ فعالیت جنسی را خودشان آغاز نمی‌کنند»، «رسیدن به ارگاسم را فقط می‌توان برای مردان قابل قبول دانست») و باورهای مربوط به سن و ظاهر جسمی (مانند: «رابطه‌ی جنسی تنها برای زنان زیر ۳۰ سال است»، «زنانی که از نظر جسمی جذاب نیستند، نمی‌توانند ارضا شوند») بیشتری را دارا بودند (نوبره و گویا، ۲۰۰۶). کاپلان (۱۹۷۹)، فردمن و لوییکولو (۱۹۸۸)، مسترز و جانسون (۱۹۷۰) نیز، به باورهای پیرو سنت (باورهای محافظه‌کارانه^۱) به عنوان عامل مشترک در اکثر زنان دارای بدکارکردی جنسی اشاره کرده‌اند. با توجه به نتایج پژوهش‌های بالا این احتمال وجود دارد که زنانی که دارای باور محافظه‌کاری جنسی و باور مربوط به سن و ظاهری جسمی بیشتری هستند، به احتمال بیشتری درگیر بدکارکردی‌های جنسی از جمله اختلال ارگاسمیک می‌شوند و یا

1. conservative

برعکس. زنان دارای این باور می‌پندارند که مقاربت جنسی قسمت عمده یک رابطه جنسی است و نقشی پذیرا و منفعل در رابطه جنسی پیش می‌گیرند. بنابراین رابطه جنسی آنها با احتمال بیشتری گرفتار رکود و عدم تنوع شده و بعد از مدتی آنها از رابطه جنسی سرخورده و دلزده می‌شوند و امکان دارد که کمتر تمایل به انجام دادن این رابطه داشته باشند؛ چرا که یک رابطه جنسی خوب، شور و هیجان جنسی هر دو شریک جنسی را می‌طلبد و تمامی یک رابطه جنسی متمرکز بر انجام آمیزش جنسی نیست، چه بسا گاهی یک معاشقه ساده بتواند لذتی بیشتر از خود مقاربت جنسی برای زوجین فراهم نموده و کیفیت روابط جنسی و زناشویی بعدی را نیز افزایش دهد، پژوهش‌های بسیاری پیوستگی میان عشق و رابطه جنسی را نشان داده اند (اوحدی، ۱۳۸۵). از طرف دیگر این احتمال وجود دارد که ایجاد و بروز بدکارکردی جنسی در زنان، که به واسطه باورهای جنسی به وجود آمده است، پاسخی به نارضایتی کلی از رابطه جنسی و زناشویی باشد. رضایت‌مندی زناشویی پایین نیز می‌تواند منجر به بروز سرخوردگی و دلزدگی از زندگی زناشویی و تنزل کیفیت زناشویی شود (پاینز، ۱۹۹۶، ترجمه گوهری راد و افشار، ۱۳۸۳).

تیین نتیجه سؤال سوم: بسیاری از گروه‌های فرهنگی و قومی ارزش زیادی به توانایی جنسی می‌دهند، اما همزمان اطلاعات صحیحی را درباره‌ی عملکرد جنسی فراهم نمی‌آورند. این امر موجب کسب اطلاعات نادرست، احساس گناه و مهار توانایی‌های جنسی می‌شود (شعیری و همکاران، ۱۳۸۶). یکی از باورهای اشتباهی که در میان زنان درباره‌ی تمایل و عملکرد جنسی وجود دارد، باور محافظه‌کاری جنسی است. در این باور، مقاربت جنسی قسمت اول تمایلات جنسی انسان محسوب می‌شود و استمناء، سکس دهانی، سکس مقعدی فعالیت‌هایی گناه آلود و انحرافی دیده می‌شوند. زنان دارای این باور یک نقش جنسی پذیرا و منفعل بازی می‌کنند. بعضی از پندارهای زنان دارای این باور شامل موارد زیر است: «رسیدن به ارگاسم را فقط می‌توان برای مردان قابل قبول دانست»، «فعالیت جنسی باید توسط مرد آغاز شود»، «استمناء، اشتباه و گناه است» و «ارگاسم، فقط از طریق آمیزش از راه مهبل (واژن) ممکن

است». این باور جنسی همانند هر باور جنسی اشتباه دیگری که در میان زنان جوامع مردسالار رایج است، بر اساس کلیشه‌های جنسیتی برآمده از هنجارهای جامعه شکل گرفته است. یکی از مشکلات ویژه‌ی زنان در این حوزه این است که، آنها توسط اتخاذ نقش منفعل جنسی، شانس برای ابراز علائق جنسی خود به واسطه‌ی آغاز فعالیت جنسی ندارند. پندارهای زنان در باور محافظه‌کاری جنسی، همچون اعتقاد به شروع رابطه‌ی جنسی توسط مرد و اولویت دادن به لذت جنسی مردان، خود گویای این امر است که زنان دارای چنین باورایی از میزان احقاق جنسی پایینی در روابط جنسی‌شان برخوردارند. از سویی دیگر زنان در باور جنسی «تقدم مادری بر فعالیت جنسی» می‌پندارند، فعالیت‌های مادری مهمترین لذت زنانه هستند و زایش هدف اصلی هر تجربه‌ی جنسی است. از سویی دیگر زنان به طور مکرر توسط جامعه محکوم به این امر شده‌اند که به اندازه‌ی مردان تمایلات جنسی ندارند و بنابراین به همان مقدار لذت و فعالیت جنسی که مردان نیاز دارند، نیازی ندارند. این فرض، بیان جنسی کامل را برای یک زن مشکل می‌سازد، به دلیل اینکه با نقش‌های فرهنگی وی، متعارض می‌باشد. با احتمال زیاد در چنین فضایی که زن اجازه‌ی ابراز تمایلات و عملکرد جنسی‌اش را ندارد، بیشتر به این نتیجه می‌رسد که فعالیت مادری در زندگی مشترک، بیشترین لذت را دارد و هدف اصلی تجربه‌ی جنسی، زاد و ولد است. بدین ترتیب زنان دارای چنین باورایی از سطح احقاق جنسی پایینی برخوردار خواهند بود. در باور تمایل جنسی و لذت به عنوان یک گناه، زنان می‌پندارند؛ سکس فعالیت مردانه است و زنان باید انگیزش‌های جنسی خود را کنترل کنند و لذت بردن از این موارد تجربه‌ای گناه‌آلود است، رابطه‌ی جنسی تنها باید زمانی روی دهد که مرد آغاز کننده‌ی آن باشد، تجربه لذت در طول آمیزش جنسی برای یک زن با فضیلت و پرهیزکار پذیرفتنی نیست و اینکه یک مادر خوب باید امیال جنسی خود را کنترل کند. تمامی پندارهای تشکیل دهنده‌ی این باور، موانع بزرگی در سر راه کسب احقاق جنسی مناسب توسط یک زن خواهد بود.

با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد احقاق جنسی و باورهای بدکارکردی جنسی می‌تواند دلزدگی زناشویی را در زنان پیش‌بینی کند؛ به عبارت دیگر هرچه میزان احقاق جنسی

در زنان پایین تر باشد، میزان دلزدگی زناشویی نیز در آنان پایین تر و هرچه میزان باورهای غلط جنسی در آنان بالاتر باشد، میزان دلزدگی زناشویی نیز در آنان بالاتر خواهد بود و بالعکس. همچنین از میان باورهای غلط جنسی، «محافظه کاری جنسی» با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی جامعه بیشترین نقش را در افزایش دلزدگی زناشویی زنان ایفا می کند.

در هر پژوهشی به ویژه در پژوهش های وابسته به علوم انسانی بنابر اینکه با موجودات انسانی مواجه هستیم، محدودیت های زیادی بر سر راه انجام پژوهش داریم. پژوهش حاضر نیز از این امر مبرا نبوده است. از جمله محدودیت هایی که در انجام این پژوهش وجود داشت این بود که با توجه به تابو بودن مسائل جنسی در جامعه ی ما، یافتن مقالات مرتبط مناسب با متغیرهای پژوهش بسیار مشکل و طاقت فرسا بود (تقریباً بیشتر سایت های مرتبط با این موضوع فیلتر شده بود). همچنین جلب رضایت افراد نمونه جهت تکمیل پرسشنامه ها، با توجه به اینکه پرسشنامه های پژوهش به میزان زیادی به خصوصی ترین حیطه زندگی این افراد مربوط می شد، کار دشواری بود. واضح است که افراد مختلف از خرده فرهنگ های مختلف دارای تربیت جنسی و باورهای جنسی متفاوتی هستند؛ با توجه به این امر کنترل نمودن عامل فرهنگ و تربیت مذهبی افراد نمونه به عنوان متغیر مداخله گر در پژوهش حاضر جزء یکی از محدودیت های این پژوهش محسوب می شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی به بررسی موضوع پژوهش حاضر در نمونه ی مردان پرداخته شود. در زمینه کاربرد عملی پژوهش حاضر نیز شایسته است کارگاه هایی با هدف آشنایی زوجین با پیامدهای منفی باورهای غلط جنسی و جنسیتی که به نوبه خود تأثیرات منفی زیادی بر حوزه ی ارتباطات جنسی آنها دارد، با حمایت ارگان های مختلفی که در زمینه ازدواج جوانان و آگاهی بخشی در زمینه طلاق در جامعه فعالیت دارند، برگزار شود. همچنین نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می تواند در زمینه ارزیابی مشکلات جنسی، زوج درمانی، مشاوره ازدواج و خانواده درمانی توسط مشاوران و درمانگران مورد استفاده قرار گیرد.

سیاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از آقای دکتر جلیل فتح‌آبادی و خانم دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی، خانم لادن منصور، تمامی آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش و کلیه کسانی در انجام این پژوهش مشارکت و همکاری داشته‌اند تقدیر و تشکر نمایند.

منابع فارسی

- اوحدی، بهنام. (۱۳۸۵). تمایلات و رفتارهای جنسی انسان. اصفهان: انتشارات صادق هدایت.
- ادیبراد، نسترن وادیبراد، مجتبی. (۱۳۸۴). بررسی باورهای ارتباطی با دلزدگی زناشویی و مقایسه‌ی آن در زنان متقاضی طلاق و زنان خواهان ادامه‌ی زندگی مشترک. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۴(۱۳): ۹۹-۱۱۰.
- بای، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر گروه درمانی فیمینیستی بر تمایل و احقاق جنسی در بین زنان متأهل. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- پاینز، آ. مالاچ. (۱۳۸۱). چه کنیم تا عشق رویایی به دلزدگی نیانجامد (ترجمه‌ی ف. شاداب). تهران: انتشارات ققنوس.
- پاینز، آ. مالاچ. (۱۳۸۳). دلزدگی از روابط زناشویی (ترجمه‌ی گوهری راد، افشار). تهران: انتشارات رادمهر.
- ثنایی، باقر، علاق‌بند، ستیلا، فلاحتی، شهره. و هومن، عباس. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- رحمانی، اعظم، صادقی، نرگس، اله قلی، لیلیا. و مرقاتی خوبی، عفت السادات. (۱۳۸۹). ارتباط رضایت جنسی با عوامل فردی در زوجین. نشریه‌ی پرستاری ایران، ۲۹(۶۶): ۱۴-۲۲.
- شعیری، محمدرضا؛ روشن، رسول، اصغری مقدم، محمدعلی. و نائینیان، محمدرضا. (۱۳۸۶). تشخیص و درمان اختلالات جنسی از نظر روان‌شناختی. تهران: انتشارات البرز.

شفیعی، پریسا. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین احقاق، تمایل و هویت جنسی دانشجویان زن متأهل ۳۰- ۲۰ ساله ساکن در خوابگاه‌های شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تربیت معلم تهران.

شیبلی هاید، جانت. (۱۳۸۷). روان‌شناسی زنان، سهم زنان در تجربه بشری (ترجمه اکرم خمسه). تهران: انتشارات آگه و ارجمند.

عارفی، مختار و محسن‌زاده فرشاد. (۱۳۹۱). پیش بینی رضایت زناشویی براساس ارتباط و صمیمیت جنسی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ویژه‌نامه خانواده و طلاق، شماره ۱.

کرو، مایکل، ریدلی، جین. (۱۳۸۸). زوج درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی- رفتاری (ترجمه اشرف السادات موسوی). تهران: انتشارات مهرکاوایان.

لولین ج، درک. (۱۳۸۰). دانستنی‌های جنسی آکسفورد (ترجمه بهزاد رحمتی). تهران: انتشارات نوربخش.

محمدی، ابوالفضل،، قاندى، غلامحسین. و محمدی جوینده، سمیه. (۱۳۸۶). ارتباط باورهای بدکارکردی جنسی و افسردگی در افراد مبتلا به اختلال‌های جنسی. در مجموعه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی تهران: مرکز آفرینش‌های فرهنگی - هنری.

نظری، علی محمد،، بیرامی، منصور و بای، فاطمه. (۱۳۸۹). تاثیر سکس تراپی گروهی فیمینیستی بر احقاق جنسی در زنان تحصیل کرده. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، (۱۹)۵: ۵۲-۹۷

نویدی، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه دزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

یوسفی، ناصر و باقریان، مهنوش. (۱۳۹۰). بررسی ملاک‌های همسرگزینی و فرسودگی زناشویی به عنوان متغیرهای پیشین زوجین متقاضی طلاق و مایل به ادامه زندگی مشترک. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۳): ۳۰۲-۲۸۴.

- Adams, S. G., & Chupurdia, K.M., & Lofland, K.R. (1996). Assissment of sexual beliefs and information in aging couples whit dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 25(3), 249-260.
- Asadi, M., siavoshi, H., Shiralipour, A., Nazry, A.M., Miri, M.N., Shayad, S. (2011). The Relationship between Aggression and Communicational Belief with Sexual Assertiveness on Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 15 (2011) 922–926.
- Balanean, R. (2012a). Postmodern psycho-social influences on the dysfunctional sexual beliefs of the Romanian youth. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 31 (2012) 714-718.
- Balanean, R. (2012b). Innovative psycho-social interventions aimed at reducing dysfunctional sexual beliefs. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 31 (2012) 719 – 72.
- Hurlbert, D.F., & Apt, C. (1992). The femail sensation seeker and marital sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18,4.
- Kuffle, S.W., & Heiman, J.R. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 163-177.
- Menard, A.p., & Offman, A. (2009). The interrelationship between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian journal of human sexuality*, 18, 35.
- Mills, J.H. (2005). The effect of deliberate psychological education on the ego development, moral development, and sexual assertiveness of college women. A Doctoral Dissertation of William and Mary in Virginia.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as -vulnerability factors sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43, 1, 68.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship therapy*, 18, 171-204.
- Pines, A.M. (2002). The female entrepreneur: Buurnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*, 1(2): 170-180.