

پیش بینی نشانگان جسمانی بر اساس اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی زنان متأهل شهر تهران *prediction of somatic symptoms based on sexual dysfunction and marital satisfaction of married women in Tehran*

Farnaz Danai (Corresponding author)

M.A.in General Psychology, Shahre-eQods Branch,
Islamic Azad University, Tehran, Iran
Email: Farnazdanaico@gmail.com

Mohsen Jadidi

Assistant Professor, Azadshahr Branch, Islamic Azad
University, Azadshahr, Iran
Jadidi.Mohsen@gmail.com

Sadegh Taghilo

Assistant Professor, Astara Branch, Islamic Azad
University, Astara, Iran
Sadeght81@yahoo.com

فرناز دانایی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد شهرقدس، دانشگاه آزاد اسلامی،
تهران، ایران

محسن جدیدی

استادیار، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

صادق تقی لو

استادیار، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر پیش بینی نشانگان جسمانی سازی بر اساس اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی زنان متأهل شهر تهران می‌باشد. روش: این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی است که با استفاده از ابزار پرسشنامه، گردآوری اطلاعات صورت گرفته است. جامعه آماری شامل زنان متأهل ۱۸ تا ۵۰ سال ساکن ۴ منطقه شهر تهران است. حجم نمونه تعداد ۳۶۰ زن متأهل مراجعه کننده به خانه‌های سلامت شهرداری مناطق ۲ و ۴ و ۱۱ و ۱۲ شهر تهران می‌باشد، که به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از چک لیست نشانه‌های بیماری SCL-90-R (خرده مقیاس بروز نشانه جسمی)، عملکرد جنسی (FSFI) و رضایت زناشویی اربیع جمع آوری گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که عملکرد جنسی بصورت منفی و معنادار و در سطح ۰/۰۱ نشانگان جسمانی سازی را پیش بینی می‌کند ($p < 0.01$, $\beta = -0.239$). همچنین از بین مؤلفه‌های رضایت زناشویی، مؤلفه‌های رضایت زناشویی ($\beta = -0.146$, $p < 0.05$)، ارتباط زناشویی ($\beta = -0.152$, $p < 0.05$) و روابط جنسی ($\beta = -0.149$, $p < 0.05$) به صورت منفی و در سطح ۰/۰۵ و مؤلفه حل تعارض آن ($\beta = -0.186$, $p < 0.01$) به صورت منفی و در سطح ۰/۰۱ نشانگان جسمانی سازی را در زنان متأهل پیش بینی می‌کند. نتیجه گیری: داشتن سلامت جنسی، وجود سازگاری و رضایت زناشویی می‌تواند در پیشگیری از بروز برخی نشانه‌های جسمی نقش بسزایی داشته باشد.

Abstract

Aim: The aim of this study was to predict the Somatic symptoms based on sexual dysfunction and marital satisfaction of married women in Tehran. **Method:** This research is a correlational study. The data was gathered using a questionnaire. The statistical population includes married women between 18 to 50 of age living in 4 districts of Tehran. Sample size of 360 married women referring to municipal health centers in 2nd, 4th, 11th and 12th districts of Tehran were selected by multistage cluster sampling method. The data were collected using the SCL-90-R symptom checklist (Physical Signs Scale), Sexual Function (FSFI), and Enrich Marriage Satisfaction. The data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multiple regression. **Results:** The results of the study represented that sexual function was negatively and significantly predicted in the level of 0.01 ($p < 0.01$, $\beta = -0.239$). Also, the marital satisfaction components ($\beta = -0.146$, $p < 0.05$), marital relationship ($\beta = -0.152$, $p < 0.05$), and sexual relations ($\beta = -0.149$, $p < 0.05$) was negative at the level of 0.05 and its conflict resolution component ($\beta = -0.186$, $p < 0.01$), and in the level of 0.01 Somatic symptoms In married women. **Conclusion:** Having sexual health, compatibility and marital satisfaction can play a pivotal role in prevention of Somatic symptoms appearance.

Keywords: Somatic symptoms, Sexual dysfunction, Marital satisfaction, Women.

کلید واژه‌ها: نشانگان جسمانی، اختلال عملکرد جنسی، رضایت زناشویی، زنان.

مقدمه

دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم نیز مشروط به بهره‌مندی افراد از سلامت روانی و داشتن روابط رضایت‌بخش است، همچنین روابط زناشویی رضایت‌بخش، زیربنای عملکرد خوب خانواده است. چنانچه پایه خانواده استحکام لازم را نداشته باشد، پیامد آن طلاق و انواع مشکلات جسمانی و روانی خواهد بود (کرمی، شلانی، هویزی، ۱۳۹۶). یکی از مهمترین عواملی که کارکرد مؤثر خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، رضایت اعضای خانواده بخصوص زن و شوهر از یکدیگر است. رضایت زناشویی یعنی انطباق بین انتظاراتی که فرد از زندگی زناشویی دارد و آنچه در زندگی خود تجربه می‌کند. رضایت زناشویی، یکی از مهمترین عوامل اثرگذار بر عملکرد خانواده می‌باشد. همه زوج‌ها به دنبال آن هستند که از زندگی زناشویی خود لذت ببرند و احساس رضایت داشته باشند. کارشناسان بر این باورند که مشکلات جنسی، بخش تاریک زندگی زناشویی در جامعه ما محسوب می‌شوند (متین نژاد، ۱۳۹۴). از طرفی یکی از مهمترین جنبه‌های سلامت زنان، امور جنسی آنهاست. زنان برخوردار از سلامت کامل جسمی، روانی و عاطفی، پایه‌های مستحکم زندگی خانوادگی سالم هستند. بیش از نیمی از مشکلات جنسی که به علت آگاهی ناکافی ایجاد می‌گردد، منجر به روابط ناسالم زناشویی و در نهایت نارضایتی زناشویی می‌گردد (ثابتی، طوافیان و فلاحی، ۱۳۹۴).

سلامت جنسی به معنای هماهنگی و سازگاری جنبه‌های جسمی، عاطفی، عقلانی و اجتماعی انسان است که منجر به ارتقای شخصیت، روابط و عشق در او می‌گردد (کادری، ۲۰۰۲). در این صورت روابط جنسی نه تنها لذت‌بخش است بلکه ارتباطات و روابط بین فردی را نیز تقویت می‌کند. این روابط یک فرآیند پیچیده حاصل تعامل عوامل عروقی، عصبی و هورمونی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند ویژگی‌های زیست‌شناختی فرد، روابط بین فردی، سنت‌های حاکم بر خانواده و اجتماع، فرهنگ و مذهب قرار می‌گیرد (فورکروی^۱، ۲۰۰۳).

عملکرد و تمایلات جنسی همواره کانون توجه، کنجکاو و علاقه و تحلیل بشر بوده است. این نکته را می‌توان از ترسیم رفتار جنسی دوران نقاشی غار نشینان ما قبل تاریخ، تصاویر و نقاشی‌های تشریحی داونیچی در مورد مقاربت تا سایت‌های هرزه‌نگاری موجود در اینترنت، که خود می‌تواند بیانگر اهمیت و میزان تأثیرگذاری آن بر سایر جنبه‌های زندگی انسانی باشد، مشاهده کرد. عوامل مختلفی در تمایلات، عملکرد و رفتارهای جنسی انسان نقش دارند که از جمله می‌توان به عوامل تشریحی، فیزیولوژیکی، روانشناسی، فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند، روابط فرد با دیگران، تجارب رشدی و به طور کلی وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی وی اشاره کرد (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۱۴).

تمایلات و عملکرد جنسی شخصی چنان با شخصیت او در هم آمیخته که صحبت از آن به عنوان پدیده‌ای مستقل در واقع غیر ممکن است و از سوی دیگر عملکرد و تمایلات جنسی تأثیر روشنی در کیفیت زندگی انسان به جا می‌گذارد. به طوری که کژکاری جنسی در متن بازبینی شده در پنجمین چاپ کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی امریکا به عنوان یکی طبقه مستقل مشخص شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۴).

¹ Fourcroy

² Sadock & Kaplan

شکایات جسمانی یکی از بنیادی‌ترین تجارب انسان در زندگی است شناسایی و ارزیابی علایم برای بعضی افراد بسیار حائز اهمیت است، زیرا این علایم می‌توانند نشانه شکل‌گیری یک بیماری جسمانی باشند و شناسایی آنها فرد را قادر به جستجوی کمک‌های حرفه‌ای می‌سازد. معمولاً پزشکان با مراجعانی مواجه می‌شوند که از دردهای بدنی شکایت دارند ولی در معاینات و آزمایش‌های آنها هیچ نشانه‌ای از آسیب جسمی مشاهده نمی‌شود. احتمالاً در بسیاری از این موارد اختلال نشانه‌های جسمانی مطرح است که با شکایات جسمی چندگانه و عودکننده یا مزمن مشخص می‌شود (فرجی، نامداری و ناظمی، ۱۳۹۱). از نگاهی دیگر افراد جسمانی ساز افراد بر انگیزته‌ای هستند که ناراحتی‌های هیجانی خود را از طریق جسم خود نشان می‌دهند. آنها بخاطر ویژگی‌های شخصیتی خود شکست دهندگی، افسردگی، و منفی‌بافی و درجات بالایی از بعد روان رنجور خوایی و سازگاری پایین در کنترل ناراحتی‌های هیجانی خود از افراد غیر جسمانی ساز متفاوت هستند (نویز، ۲۰۰۱). رولوفز و اسپینهاون (۲۰۰۷) فریود در بیان نحوه ارتباط رویدادهای آسیب‌زا با علائم جسمانی از مفهوم تبدیل استفاده کرده است. مشکلات جسمانی می‌تواند به عنوان یه دفاع علیه عواطف منفی فراگیر قلمداد شوند. مغز در تلاش برای تنظیم تجربه هوشیار از عواطف منفی، خاطرات مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا را سرکوب می‌کند. نتیجتاً برای حفظ تعادل انرژی، تبدیل اتفاق می‌افتد و عواطف منفی به جسمانی سازی تبدیل می‌شوند.

شکایت‌هایی که افراد جسمانی ساز در مورد سلامتی خود مطرح می‌کنند اغلب ذهنی هستند. رایج‌ترین نشانه‌هایی که توسط این افراد تجربه می‌شود شامل درهای شکمی، سردرد، کمردرد، بی‌قراری و (اشکال در خواب) متنوع هستند و به ندرت با یکی بیماری یا یک تشخیص پزشکی ارتباط پیدا می‌کنند (کوهی، ۱۳۹۲). سردرد به عنوان شکایت جسمی شایع شناخته شده است و علامت روانشناختی آن که اغلب گزارش می‌شود تحریک‌پذیری و عصبی بودن است. از طرفی عوامل فیزیولوژیکی، روانشناختی و بین فردی در شکل‌گیری مشکلات جنسی نقش دارند. در رویکرد حساسیت به فشار روانی، این عوامل به صورت متقابل عمل می‌کنند. از جمله این عوامل نگرش‌های جنسی فرد می‌باشد (سیرانوسکی، ارستاد و اندرسن^۱، ۱۹۹۹).

عملکرد جنسی ممکن است تحت تأثیر استرس، اختلالات هیجانی و ناآگاهی از کارکرد فیزیولوژی رفتار جنسی قرار گیرد. اختلال در عملکرد جنسی ممکن است در تمام طول عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید. این اختلال می‌تواند فراگیر، موقعیتی، کلی یا جزئی باشد. عملکرد نامطلوب جنسی زنان یک مشکل رایج است که اثرات زیان بخشی بر کیفیت زندگی آنان دارد (بری^۲، ۲۰۱۱).

اگرچه زندگی زناشویی سعادت‌مندانه تا اندازه‌ای مربوط به رابطه جنسی است ولی اگر این رابطه قانع‌کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی، عدم احساس ایمنی، به خطر افتادن سلامت روان و در نتیجه از هم پاشیدگی خانواده می‌شود. در زمینه آثار مخرب تعارض زناشویی می‌توان به پیامدهای جسمی و خطر افزایش انواع اختلالات روانی مانند افسردگی، سوء‌مصرف مواد، ناکارآمدی جنسی و مشکلات رفتاری اشاره نمود (محترم، ۱۳۹۲). موانع اجتماعی و فرهنگی، وجود

¹ Anderson

² Berry

تابوها و کج فهمی‌ها برآورد دقیق شیوع این اختلالات را دشوار می‌نماید؛ اما به نظر می‌رسد که شیوع بدکارکردی‌های جنسی در زنان بالا بوده و تأثیر شگرفی بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی، روابط زناشویی و فعالیت‌های اجتماعی آنان می‌گذارد (رابینسون، ۲۰۰۴).

نتایج اغلب پژوهش‌ها نشان داده است که هم عواملی مانند موضوعات رشد درون فردی مثل ویژگی‌های شخصیتی، بازخوردها، باورها، ارزش‌ها، انتظارات و هم موضوعات رشدی و بین فردی مانند عشق، صمیمیت، تعهد، عواطف، رابطه جنسی، الگوهای ارتباطی و هم موضوعات اجتماعی بر میزان رضایتمندی زناشویی تأثیر می‌گذارند (موریس و کارتر، ۲۰۰۰).

در اختلال نشانه جسمانی بیمار از علائم متعدد جسمانی که شامل حداقل چهار نشانه درد بدنی، دو علامت از ناراحتی‌های گوارشی، یک علامت از اختلال عصبی کاذب و یک علامت از ناراحتی‌های جنسی است، رنج می‌برد. به گزارش DSM-5، نرخ شیوع اختلال نشانه جسمانی مشخص نسبت اما در جامعه عادی ممکن است بین ۵٪ تا ۷٪ باشد. زنان بیشتر از مردان درد خود را گزارش می‌دهند و در نتیجه، نرخ شیوع این اختلال ممکن است در زنان بیشتر باشد. در ویراست جدید اختلالات تشخیصی DSM-5 این اختلال به نشانه بدنی تغییر نام یافته است، افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی معمولاً درباره سلامت خود به شدت نگران هستند و می‌گویند که از نشانه‌های سوماتیک (جسمانی) رنج می‌برند و معمولاً باور دارند که به بیماری مبتلا شده‌اند ولی پزشکان نمی‌خواند آنها را عملاً مبتلا به یک بیماری تشخیص دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این نگرانی‌ها معمولاً به نشانه‌های افسردگی منجر می‌شود. درد مزمن نسبتاً عمومیت دارد و حدود ۳۰٪ مردم آمریکا را در بر می‌گیرد. در یک مطالعه معلوم شد که نشانه‌های سوماتیک موارد زیر را شامل می‌شود؛ کمر درد ۳۰٪، درد مفاصل ۲۰٪، دست و پا ۲۰٪، سردرد ۱۹٪، ورم معده و یا اعضای بدن ۱۱٪، درد معده یا دل درد ۱۱٪ و درد قفسه سینه ۵٪. در زنان، افراد متعلق به طبقات اجتماعی - فرهنگی پایین، سیاهپوستان و آمریکای لاتینی‌ها این دردها بیشتر مشاهده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

رابطه جنسی با رضایت مداوم از رابطه پیوند دارد. همسران رضایتمند، همخوانی بیشتری میان فعالیت جنسی که خواهان آن هستند و فعالیت جنسی که تجربه می‌کنند، گزارش می‌نمایند. همچنین برای مردان و هم برای زنان، رضایت از رابطه جنسی به طور معناداری با سطح کارکرد خانواده ارتباط دارد (گریف^۱ و مالهرب، ۲۰۰۱).

وقتی پاسخگویی درست نباشد و زمانی که تعادل در دادن و گرفتن در روابط از بین برود، در نتیجه ممکن است مجموعه‌ای از مشکلات از قبیل افسردگی، بی‌اشتهایی، اختلال در عملکرد جنسی، روابط راکد و بیماری‌های روان‌تنی را به دنبال داشته باشد (گرامز، میلر، رابینسون، هیگینز و هیتون^۲، ۲۰۰۸).

زن طبیعی در مقابل تحریک جنسی مجموعه واکنشهای فیزیولوژیک نشان می‌دهد که براساس راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی DSM-5 به چهار مرحله میل جنسی، انگیزش جنسی، ارگاسم و مرحله بازگشت یا فرونشینی تقسیم

¹ Greeff & Mallherb

² Grames,, Miller,, Robinson, Higgins, Hinton

می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۴). در آمریکا بیش از ۴۳٪ زنان و بیش از ۳۱٪ مردان دچار نوعی از اختلالات جنسی هستند و البته شواهد نشان می‌دهد که اغلب زنان مورد مطالعه در این پژوهش‌ها، اطلاعات کم و مهارت‌های جنسی ضعیف و باورهای جنسی غیر منطقی داشتند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۴).

برخی از روانشناسان و روانپزشکان تخمین می‌زنند که در ۴۰٪ تا ۵۰٪ همه اختلالات جنسی کمبود میل جنسی وجود دارد و اکثر زوج‌هایی که برای روان درمانی مراجعه می‌کنند از این موضوع رنج می‌برند. به گزارش DSM-5، نرخ شیوع اختلال ارگاسم زنانه بسیار پر نوسان است، از ۱۰٪ تا ۴۲٪ و علت آن در نظر گرفتن عوامل مختلفی چون سن، فرهنگ، مدت و شدت نشانه‌هاست. با این حال تخمین‌ها حضور عامل رنج شخصی را در نظر نمی‌گیرند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال در عملکرد جنسی ممکن است تحت تأثیر عوامل شخصیتی، اجتماعی-فرهنگی و خانوادگی پنهان باقی بماند و در مواردی خود را با علائم و نشانه‌های دیگری مثل ناراحتی‌ها و علایم جسمانی، اختلال افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و گاه تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و جدایی پیش رود. این در حالی است که تشخیص به موقع و ارائه روش‌های درمانی مؤثر، به همراه آموزش صحیح مسائل جنسی به زوج‌ها می‌تواند مانع بروز بسیاری از مشکلات فوق گردد. بر اساس آمار، درصد بالایی از زوج‌ها در کشور به اختلالات جنسی مبتلا هستند و همچنین بروز نشانه‌های جسمی در این گونه افراد بالاست.

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که درصدی از طلاقها در ایران به علت بروز مشکلات جنسی اتفاق می‌افتد این در حالی است که در صورت مشاوره و درمان صحیح، نیمی از این طلاقها به وقوع نخواهد پیوست (اصانلو بختیاری، ۱۳۹۴). شواهد موجود بیانگر آن است که حس زنان نسبت به ناتوانایی جنسی‌شان با عملکرد و رضایت جنسی آنها مرتبط می‌باشد (سیمس و منا^۱، ۲۰۱۰). هر چند برآورد شیوع دقیق اختلالات جنسی زنان دشوار است، اما آمارهای موجود بیانگر این است که حدود ۱۹ تا ۴۵ درصد از زنها حداقل از یک مشکل جنسی رنج می‌برند (پالاسیس، کاستانو و گرزیتون، ۲۰۰۹). در تحقیقی که توسط تورنر و کوپر^۲ (۲۰۰۹) انجام شد، بیانگر شیوع اختلال عملکرد جنسی به ویژه تمایل جنسی کم با افزایش سن بود که علت اختلال عملکرد جنسی در گروه سنی بالای ۴۰ سال می‌باشد فقدان انگیزه برای رابطه جنسی تا ۴۰ درصد زنان ۱۶ تا ۴۴ ساله را تحت تأثیر قرار می‌دهد (میچل و همکاران، ۲۰۱۳).

متأسفانه نبود آمار صحیح و رسمی و دقیق از بیماری‌ها، مشکلی است که در کشور ما وجود دارد اما این مشکل، در مورد اختلالات جنسی به شکل جدی‌تری خود را نشان می‌دهد و نه تنها باعث می‌شود آمار این اختلالات مخفی بماند بلکه سبب می‌شود خانواده‌های درگیر با این مشکلات، سرگردان شوند یا به راه‌حل‌های خطرناکی که دوستان و آشنایان برایشان تجویز می‌کنند، روی آورند یا به مراکز و افراد غیر معتبر یا کم‌اطلاع رجوع کنند یا اینکه چاره و پاسخ‌های خود را در جایی غیر از خانواده جستجو کنند که همه این روش‌ها، غیراصولی و تهدیدکننده بنیان خانواده در جامعه است (صفوی فر، ۱۳۸۷).

¹ Sims and mena

² Turner & Cooper

وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت طرفین شود، نقش بسیار مهمی در موفقیت و پایداری خانواده دارد این رابطه می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد (جمشیدی، ۱۳۹۴). لذا در حال حاضر بررسی رضایت زناشویی و ارتباط مستقیم آن با عملکرد جنسی زنان از اهمیت به سزایی در جامعه برخوردار است و نقش ناگویی های هیجانی در بروز نشانه‌های جسمانی بیش از پیش مورد توجه قرار می‌گیرد. بر این اساس، به نظر می‌رسد جامعه‌ی ایرانی نیز از وضعیت چندان متفاوتی با سایر کشورها برخوردار نباشد و این موضوع در مطالعاتی که قبل از این - هرچند اندک - به بررسی اختلالات عملکرد جنسی ایرانیان پرداخته‌اند بارز بوده و نشان می‌دهد گستردگی موضوع در جامعه‌ی ایرانی نیز قابل توجه است (خادمی، ۲۰۰۸).

نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که اختلال عملکرد جنسی در زنان شایع است و امروزه، اختلال عملکرد جنسی رایجترین مشکل در سراسر جهان محسوب می‌شود (کرمی و همکاران، ۱۳۹۶). هر گونه اقدام در جهت اصلاح مشکلات افراد در این زمینه نیازمند بررسی همه گیر شناسی است، با مروری بر پژوهش‌های پیشین به نظر می‌رسد که مطالعات محدودی در زمینه اثر اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بر افزایش اضطراب و ناراحتی‌های ناشی از آن و از جمله شیوع بیماری‌های شبه جسمانی در سالهای اخیر در سطح کشور، نیاز دیده شد که با نگاهی نو به پژوهش حاضر پرداخته شود. بنابراین با توجه به افزایش نگرانی‌ها و ناراحتی‌ها، کمبود مطالعه در زمینه مشکلات جنسی زنان در کشورمان، کاهش سطح رضایت زناشویی، شیوع بیماری‌های روان تنی، افزایش شکایات جسمانی و مراجعه به مراکز درمانی بخصوص در دهه اخیر، پژوهش حاضر با یک نگاه نو و به طور مستقیم به بررسی این مساله می‌پردازد که " آیا می‌توان بر اساس اختلال عملکرد جنسی و رضایت زناشویی، نشانه‌های جسمانی را در زنان متأهل مراجعه کننده به خانه‌های سلامت شهرداری شهر تهران پیش بینی نمود یا خیر؟ "

روش

این پژوهش توصیفی، غیرآزمایشی و از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری زنان متأهل مراجعه کننده به خانه‌های سلامت شهرداری شهر تهران است. با مراجعه به بخش امور اجتماعی - فرهنگی شهرداری تهران از سوی مدیر کل اداره سلامت ۴ منطقه بزرگ شهر از جمله مناطق ۲ و ۴ و ۱۱ و ۱۲ جهت بررسی تعیین گردید. بر حسب اهداف پژوهش جهت تعیین حجم نمونه از فرمول گرین (۱۹۹۱) استفاده شد و از بین مراجعه کنندگان به خانه‌های سلامت شهرداری تهران، تعداد ۳۶۰ زن مراجعه کننده به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله ایی انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات کامل و کافی در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، پرسشنامه‌های مذکور بر روی آزمودنی‌هایی که به این صورت انتخاب شده بودند، اجرا گردید. دارا بودن وضعیت تأهل و سن پایین‌تر از ۵۰ سال به عنوان فرد فعال جنسی و حضور در زندگی مشترک از شرایط این پژوهش بود. افراد مطلقه و با دراز از مطالعه حذف شدند. در این پژوهش نوع داده‌ها کمی و نحوه اجرا از طریق پرسشنامه است.

ابزار

الف- چک لیست نشانه‌های بیماری SCL-90-R: یکی از پر استفاده ترین و پرکاربردترین ابزارهای تشخیصی گزارش از خود در تمام دنیا است (تبریزی زاده، ۱۳۹۱). انیسی، اسکندری، بهمن آبادی، نوحی و تولایی (۱۳۹۳) برای بررسی اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی این آزمون از روش همبستگی و آلفای کرونباخ استفاده کردند. نتایج نشان داد، دامنه ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) زیرمقیاس های آزمون از ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ متغیر است. همچنین ضریب آلفای شاخص کل پرسشنامه ۰/۹۸ می‌باشد. دامنه ضرایب همبستگی بازآزمایی زیر مقیاسهای آزمون به مدت ۲ هفته فاصله ضریب همبستگی متغیر است $R=0/90$ تا $R=0/57$ از همبستگی بازآزمایی کل پرسشنامه $R=0/82$ می‌باشد. در این پژوهش خرده مقیاس بروز نشانه جسمی در نظر گرفته شد.

ب- پرسشنامه عملکرد جنسی (روزن و همکاران): شاخص عملکرد جنسی زنان^۱ (FSFI) با ۱۹ سؤال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی، و درد جنسی می‌سنجد. شیوه نمره دهی به سؤال از صفر تا ۵ است و با جمع نمرات سؤالهای هر بُعد، نمره آن بُعد به دست می‌آید محمدی (۱۳۸۳). میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاسها را از طریق محاسبه، ضریب آلفای بالاتر از ۰/۷۰ گزارش کرد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۶).

ج- پرسشنامه رضایت زناشویی (انریچ): سلیمانیان (۱۳۷۶) فرم کوتاهی از این پرسشنامه را تهیه کرد که ۴۷ سؤال دارد. در فرم اصلی پرسشنامه پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. سلیمانیان پایایی فرم کوتاه پرسشنامه را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرد. (فاتحی زاده، ۱۳۸۴).

پس از اجرا، آزمون‌ها نمره گذاری شدند. داده‌های بدست آمده از این پژوهش از طریق نرم افزار SPSS-24 مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و روش رگرسیون چند گانه با رویکرد سلسله مراتبی استفاده شده است.

یافته‌ها

در توصیف متغیرهای پژوهش مشخص گردید که:

سابقه ازدواج: جدول شماره ۱ گروه نمونه را براساس سابقه ازدواج توصیف می‌کند. همچنان که جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد سابقه ازدواج شرکت کنندگان به ترتیب ۱۰/۲۳ و ۶/۸۲ بود.

درصد	فراوانی	سابقه ازدواج
۳۳/۳	۱۲۰	کمتر از ۵ سال
۲۴/۴	۷۷	۶ تا ۱۰ سال
۲۲/۲	۸۰	۱۱ تا ۱۵ سال
۲۳/۱	۸۳	۱۶ سال و بالاتر
۱۰۰	۳۶۰	کل

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و ضریب تحمل و تورم واریانس (VIF) متغیرهای پژوهش شامل عملکرد جنسی، مؤلفه‌های رضایت زناشویی و نشانه‌های جسمانی سازی را نشان می‌دهد.

¹ female sexual dysfunction

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، ضریب تحمل و تورم واریانس (VIF)

میانگین	انحراف استاندارد	ضریب تحمل
۵۸/۶۷	۱۸/۹۶	۰/۴۹۰
۲۱/۶۰	۶/۵۶	۰/۲۵۹
۵/۲۱	۲/۴۹	۰/۳۸۰
۱۱/۶۶	۴/۴۸	۰/۲۵۰
۱۱/۶۴	۴/۰۵	۰/۲۶۶
۶/۴۷	۲/۳۳	۰/۴۷۷
۱۲/۲۹	۳/۳۰	۰/۵۰۴
۱۲/۳۰	۳/۹۵	۰/۳۸۴
۱۲/۶۹	۳/۳۵	۰/۴۸۵
۱۲/۸۰	۳/۶۷	۰/۳۷۳
۶/۵۱	۲/۱۸	۰/۳۲۵
۹/۴۸	۳/۳۴	۰/۴۵۵
نشانگان جسمانی سازی	۱۷/۱۵	۱۲/۲۳
متغیر ملاک	متغیر ملاک	متغیر ملاک

همچنان که جدول ۲ نشان می‌دهد مفروضه همخطی بودن از طریق بررسی عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل مورد ارزیابی قرار گرفته است. همچنان که ملاحظه می‌شود براساس نتایج جدول فوق شاخص ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش به ترتیب بزرگتر از ۰/۱ و کوچکتر از ۱۰ است. این مطلب نشان دهنده آن است که پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. شاخص دوربین واتسون در تحلیل حاضر برابر با ۰/۹۴۶ بود. این مقدار از شاخص دوربین واتسون بیانگر برقراری مفروضه استقلال خطاها در بین متغیرهای پیش بین است.

همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد، عملکرد جنسی به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ با نشانگان جسمانی سازی همبسته بود. همچنین همه مؤلفه‌های رضایت زناشویی به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ با نشانگان جسمانی سازی همبسته بود.

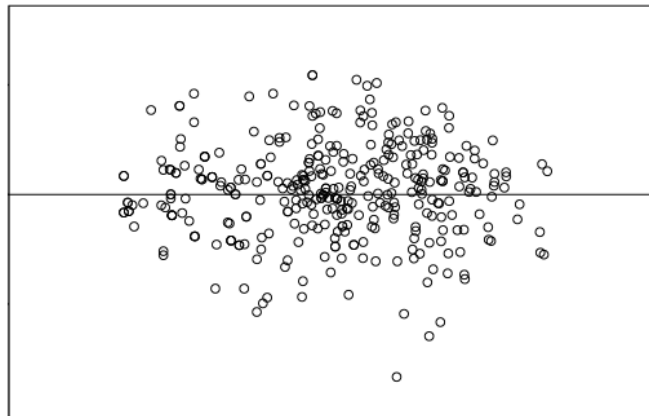
جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
											-
										۰/۶۳۸ ^{oo}	۰/۵۱۲ ^{oo}
									۰/۶۴۵ ^{oo}		۰/۵۶۷ ^{oo}
								۰/۷۴۵ ^{oo}	۰/۶۹۸ ^{oo}		۰/۵۸۲ ^{oo}
							۰/۵۱۹ ^{oo}	۰/۷۱۷ ^{oo}	۰/۷۴۹ ^{oo}		۰/۴۵۱ ^{oo}
						۰/۷۷۰ ^{oo}	۰/۵۴۶ ^{oo}	۰/۵۳۳ ^{oo}	۰/۶۲۹ ^{oo}		۰/۵۱۲ ^{oo}
					۰/۵۹۱ ^{oo}	۰/۶۵۰ ^{oo}	۰/۶۰۷ ^{oo}	۰/۵۲۵ ^{oo}	۰/۶۴۲ ^{oo}		۰/۶۵۳ ^{oo}
				۰/۵۱۲ ^{oo}	۰/۵۶۶ ^{oo}	۰/۵۹۱ ^{oo}	۰/۵۶۰ ^{oo}	۰/۵۲۲ ^{oo}	۰/۶۹۹ ^{oo}		۰/۴۴۹ ^{oo}
			۰/۵۷۸ ^{oo}	۰/۴۴۵ ^{oo}	۰/۶۲۹ ^{oo}	۰/۶۰۷ ^{oo}	۰/۶۰۴ ^{oo}	۰/۴۸۵ ^{oo}	۰/۵۶۷ ^{oo}		۰/۵۰۳ ^{oo}
		۰/۶۲۲ ^{oo}	۰/۴۹۲ ^{oo}	۰/۴۹۸ ^{oo}	۰/۶۱۱ ^{oo}	۰/۵۹۵ ^{oo}	۰/۵۶۸ ^{oo}	۰/۵۸۳ ^{oo}	۰/۶۱۵ ^{oo}		۰/۵۵۴ ^{oo}
	۰/۵۹۵ ^{oo}	۰/۴۸۷ ^{oo}	۰/۵۱۴ ^{oo}	۰/۶۳۵ ^{oo}	۰/۷۱۸ ^{oo}	۰/۶۸۳ ^{oo}	۰/۴۹۲ ^{oo}	۰/۶۰۴ ^{oo}	۰/۷۱۵ ^{oo}		۰/۴۳۵ ^{oo}
۰/۵۳۰ ^{oo}	۰/۶۴۷ ^{oo}	۰/۵۵۶ ^{oo}	۰/۵۷۸ ^{oo}	۰/۶۱۱ ^{oo}	۰/۵۸۹ ^{oo}	۰/۶۶۳ ^{oo}	۰/۵۹۷ ^{oo}	۰/۵۶۰ ^{oo}	۰/۵۷۷ ^{oo}		۰/۶۱۲ ^{oo}
۰/۴۳۹ ^{oo}	۰/۵۷۸ ^{oo}	۰/۵۱۶ ^{oo}	۰/۴۲۵ ^{oo}	۰/۴۹۲ ^{oo}	۰/۴۴۵ ^{oo}	۰/۶۱۲ ^{oo}	۰/۵۹۶ ^{oo}	۰/۳۹۸ ^{oo}	۰/۴۹۹ ^{oo}	۰/۶۳۰ ^{oo}	۰/۶۱۲ ^{oo}

^{oo}P < ۰/۰۵ ^{oo}P < ۰/۰۱

مفروضه‌های تحلیل رگرسیون

پس از ارزیابی مفروضه نرمال بودن چند گانه، به منظور ارزیابی همگنی واریانس‌ها (مفروضه همگنی واریانس‌ها به این معناست که واریانس خطاها در سطوح مختلف متغیر وابسته یکسان است) نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها مورد بررسی قرار گرفت. در کل، شکل ۱ بیانگر آن است که مفروضه همگنی واریانس در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است.



شکل ۱: نمودار پراکندگی واریانس استاندارد شده خطاها

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری در پیش‌بینی نشاتگان جسمانی سازی زنان متأهل بر اساس عملکرد جنسی و مؤلفه‌های رضایت زناشویی

متغیر	b	SE	β	t	سطح معناداری
عملکرد جنسی	-۰/۱۵۴	۰/۰۳۴	-۰/۲۳۹	-۴/۵۲۰	۰/۰۰۱
$R^2=۰/۳۷۴$ و $adjR^2=۰/۳۷۳$ $F(۱, ۳۵۸)=۲۱۴/۱۶, P=۰/۰۰۱$					
مرحله دوم (مؤلفه‌های رضایت زناشویی)					
رضایت زناشویی	-۰/۲۷۲	۰/۱۳۵	-۰/۱۴۶	-۲/۰۱۴	۰/۰۴۵
موضوعات شخصی	۰/۲۹۹	۰/۲۹۴	۰/۰۶۱	۱/۰۱۵	۰/۳۱۱
ارتباط زناشویی	-۰/۴۱۵	۰/۲۰۲	-۰/۱۵۲	-۲/۰۵۷	۰/۰۴۰
حل تعارض	-۰/۵۶۰	۰/۲۱۶	-۰/۱۸۶	-۲/۵۸۷	۰/۰۱۰
مدیریت مالی	۰/۲۲۸	۰/۲۹۰	۰/۰۴۳	۰/۷۸۵	۰/۴۳۳
اوقات فراغت	-۰/۰۹۷	۰/۱۹۳	-۰/۰۲۶	-۰/۴۹۹	۰/۶۱۸
روابط جنسی	-۰/۴۶۰	۰/۱۸۵	-۰/۱۴۹	-۲/۴۹۴	۰/۰۱۳
فرزند پروری	۰/۲۳۴	۰/۱۹۴	۰/۰۶۴	۱/۲۱۰	۰/۲۲۷
بستگان و دوستان	-۰/۲۸۰	۰/۲۰۲	-۰/۰۸۴	-۱/۳۸۸	۰/۱۶۶
نقش‌های برابری	-۰/۲۲۰	۰/۳۶۴	-۰/۰۳۹	-۰/۶۰۴	۰/۵۴۶
جهت‌گیری عقیدتی	۰/۰۸۴	۰/۲۰۱	۰/۰۲۳	۰/۴۲۰	۰/۶۷۴
$\Delta R^2=۰/۱۵۱$ $R^2=۰/۵۲۵$ و $adjR^2=۰/۵۰۸$ $F(۱۲, ۳۴۷)=۳۱/۹۴, P<۰/۰۰۱$					
$\Delta F=۹/۹۸, P=۰/۰۰۱$					

فرضیه‌های فوق با استفاده از رویکرد سلسله مراتبی تحلیل رگرسیون چند گانه آزمون شدند. بدین صورت که در متغیر عملکرد جنسی در مرحله اول و مؤلفه‌های رضایت زناشویی در مرحله دوم به عنوان متغیرهای پیش بین وارد معادله پیش بینی نشانگان جسمانی سازی در زنان متأهل شدند. نتایج تحلیل در جدول ۴ نشان داده شده است.

حال براساس نتایج ارائه شده در جدول ۴ فرضیه‌های پژوهش به قرار زیر آزمون شدند.

فرضیه اول: عملکرد جنسی به صورت معنادار نشانگان جسمانی سازی را در زنان متأهل پیش بینی می‌کند.

جدول ۴ نشان می‌دهد عملکرد جنسی که در مرحله اول وارد معادله پیش بینی نشانگان جسمانی سازی شد، در سطح معناداری ۰/۰۱ آن را پیش بینی می‌کند ($p < 0/01$ ، $F(358,1) = 214/16$). بررسی مجذور همبستگی چندگانه بدست آمده نشان داد که ارزش ضریب همبستگی‌های چند گانه (R^2) برابر با ۰/۳۷۴ است. این موضوع نشان می‌دهد که عملکرد جنسی ۳۷/۴ درصد از واریانس نشانگان جسمانی سازی را در زنان متأهل تبیین نموده است. ارزیابی ضریب رگرسیون نشان داد که ضریب رگرسیون بین عملکرد جنسی و نشانگان جسمانی سازی منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($p < 0/01$ ، $\beta = -0/239$). بدین ترتیب در آزمون فرضیه اول چنین نتیجه گیری شد که در بررسی ابعاد متغیر عملکرد جنسی که در پیش بینی نشانه‌های جسمانی انجام گرفت فرضیه اول تأیید می‌گردد، یعنی عملکرد جنسی به صورت منفی و معنادار نشانگان جسمانی سازی را در زنان متأهل پیش بینی می‌کند.

فرضیه دوم: مؤلفه‌های رضایت زناشویی به صورت معنادار نشانگان جسمانی سازی را در زنان متأهل پیش بینی می‌کند. براساس نتایج جدول ۴ با ورود مؤلفه‌های رضایت زناشویی به معادله پیش بینی جسمانی سازی در مرحله دوم، ارزش R^2 به ۰/۵۲۵ رسید. این یافته بدان معناست که ورود مؤلفه‌های رضایت زناشویی به معادله پیش بینی، باعث شده تا ۵۲/۵ درصد از واریانس نشانگان جسمانی سازی در زنان متأهل تبیین شود. ارزش تغییرات R^2 (ΔR^2) برابر با ۰/۱۵۱ بود. این یافته بدان معناست که با ورود مؤلفه‌های رضایت زناشویی در معادله پیش بینی و با کنترل سهم عملکرد جنسی، مقدار واریانس تبیین شده نشانگان جسمانی سازی در زنان متأهل ۱۵/۱ درصد افزایش یافته است که به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\Delta F = 9/98$ ، $p < 0/01$). بررسی ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین مؤلفه‌های رضایت زناشویی، مؤلفه‌های رضایت زناشویی ($\beta = -0/146$ ، $p < 0/05$)، ارتباط زناشویی ($\beta = -0/152$ ، $p < 0/05$) و روابط جنسی ($\beta = -0/149$ ، $p < 0/05$) به صورت منفی و در سطح ۰/۰۵ و مؤلفه حل تعارض آن ($\beta = -0/186$ ، $p < 0/01$) به صورت منفی و در سطح ۰/۰۱ نشانگان جسمانی سازی را در زنان متأهل پیش بینی می‌کند. بدین ترتیب در آزمون فرضیه دوم چنین نتیجه گیری شد که در بررسی مؤلفه‌های رضایت زناشویی که در پیش بینی نشانه‌های جسمانی صورت گرفت فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از آزمون فرضیه‌ها نشان دارد که عملکرد جنسی ۳۷/۴ درصد از واریانس نشانگان جسمانی سازی را در زنان متأهل تبیین نموده و همچنین مشخص گردید که با ورود مؤلفه‌های رضایت زناشویی به معادله پیش بینی، باعث شد تا ۵۲/۵ درصد از واریانس نشانگان جسمانی سازی در زنان متأهل تبیین شود. لوملی و نورمن (۱۹۹۶)، گروس و لوینسون (۱۹۹۳) دریافته‌اند که در غیاب بیان هیجانی آشکار، تغییر در برانگیختگی فیزیکی نیز ممکن است اتفاق بیفتد. تغییرات

طولانی مدت در برانگیختگی فیزیکی بخاطر فقدان بیان هیجانی نیز ممکن است منجر به تغییرات فیزیکی یا حساسیت‌های جسمانی شود که افراد آن را به صورت نارضایتی یا درد تفسیر می‌کنند که این موضوع با نتایج پژوهش فوق همسو می‌باشد. موریگوچی و همکاران (۲۰۰۷) و جرجسن و همکاران، (۲۰۰۷) بیان کردند افرادی که شدیداً از ناگویی خلقی رنج می‌برند مشابه بسیاری از کسانی که به اختلال‌های آسیب‌شناسی مبتلا هستند، به علت مقابله ضعیف با عوامل فشارزا، در معرض خطر بالاتری برای ابتلاء به بیماری‌های روانپزشکی و روان‌تنی هستند. این افراد بجای استفاده از شیوه‌های کارآمد (مثل شوخ‌طبعی) از شیوه‌های دفاعی رشد نیافته (مثل انکار، فرافکنی و جسمانی‌سازی) استفاده می‌کنند (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۳ ترجمه نوری و نصیری، ۱۳۸۴) که خود دلیلی بر افزایش مشکلات جسمانی در آن‌ها است. جرسون و جرسون، اواد و دانسید (۲۰۰۶) با نگاهی اجتماعی به این موضوع دریافتند که افراد دارای ناگویی خلقی شدید، معمولاً نمی‌توانند از راهبرهای انطباقی و سازشی همچون صحبت کردن با دیگران و افراد نزدیک خانواده به‌رمنند شوند و از منابع حمایت هیجانی در دسترس (همانند اعضای خانواده و دوستان) استفاده کنند. همچنین قادر به برقراری این ارتباط مؤثر با خانواده نیستند این ارتباط و حمایت پایین به طور قوی و معنی‌داری با گزارش درد ارتباط دارد. این یافته‌ها با نتایج این پژوهش همخوان و همسو می‌باشد.

از سوی دیگر این پژوهش با یافته‌های راسموسن و همکاران (۲۰۰۸) و کویمن و همکاران (۲۰۰۰) مغایر می‌باشد، که ممکن است به ابزار مورد استفاده در پژوهش‌های فوق مربوط شود. کرسک و همکاران (۲۰۰۳) عنوان کردند که به طور کلی سوء استفاده جنسی و جسمی در دوره کودکی عاملی پرخطر در ابتلاء به علائم گوارشی است.

بخشایش و مرتضوی (۱۳۹۲) تحقیقی با عنوان رابطه رضایت جنسی، سلامت عمومی و رضایت زناشویی در زوجین در شهر یزد انجام دادند. یافته‌ها نشان دادند همبستگی بین رضایت جنسی و رضایت زناشویی مثبت است. اما این دو متغیر با سلامت عمومی رابطه ندارند. همچنین تفاوت زنان و مردان از لحاظ این متغیرها معنادار نبود. رابطه مدت زمان ازدواج با رضایت زناشویی و سلامت عمومی زوجین معنادار نبود، اما با رضایت جنسی رابطه معنادار و معکوس داشت، به طوری که افراد با مدت زمان ازدواج کمتر، رضایت جنسی بالاتری را گزارش کردند. بخش اول این بررسی یعنی ارتباط بین عملکرد جنسی و رضایت زناشویی با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد و بخش دوم این مطالعه یعنی ارتباط رضایت زناشویی با سلامت عمومی با نتایج پژوهش فوق همسو نمی‌باشد.

همچنین حیدریان فر (۱۳۹۴) در بررسی افسردگی، سلامت روان و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال ارگاسمی و زنان عادی به مطالعه در این زمینه پرداخت. نتایج نشان داد بین زنان مبتلا به اختلال ارگاسم و زنان عادی در متغیر افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. اما در متغیرهای سلامت روان و رضایت زناشویی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بین زنان مبتلا به اختلال ارگاسمی و زنان عادی در متغیر سلامت روان و رضایت زناشویی تفاوت وجود دارد. این اختلال بر روی سلامت روان و رضایت زناشویی آنها تأثیر می‌گذارد. در حالی که بین دو گروه از نظر افسردگی تفاوتی وجود نداشت.

یافته‌های این پژوهش یافته‌های اغلب پژوهشگران را تأیید می‌کند مبنی بر این که رضایت زناشویی با عملکرد جنسی و رضایت جنسی بطور وضوح مرتبط است، ارتباط بین سلامت جنسی، سازگاری و انطباق زناشویی بسیار تنگاتنگ بوده و تأثیر عملکرد جنسی بر رضایت زناشویی غیرقابل انکار است. به نحوی که عملکرد جنسی ضعیف و عدم رضایت و سازگاری زناشویی می‌تواند روند رشد برخی علائم و نشانه‌های بیماری را تسریع بخشد. وجود کژکاری‌های جنسی و مشکلات نهفته در این موضوعات اگر به نحوی صحیح حل و فصل نگردد و تداوم یابد، می‌تواند مشکلات روانی، جسمی و نشانه‌های بیماری بیشتری را برای افراد ایجاد نماید.

همانطور که مفهوم سلامت شامل ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است به نظر می‌رسد، افزایش آگاهی و دانش جنسی در زنان و شناخت مهارت‌های کافی در خصوص چگونگی انجام فعالیت جنسی و روابط سالم و سازگاری زناشویی در مباحث مشاوره قبل از ازدواج و مشاوره خانواده جایگاه خاصی در بهبود و ثبات زندگی زناشویی و پیشگیری از بروز برخی بیماری‌ها خواهد داشت.

طبعاً هر پژوهشی با مسائل و چالش‌هایی روبرو می‌شود که خواه ناخواه بر فرآیند پژوهش اثر می‌گذارد. در جامعه ما پرسشگری هنوز امری مهم در فرآیند توسعه برای مردم نهادینه نشده است و محافظه کاری و محتاط کاری بر افکار بیشتر افراد حتی افراد تحصیلکرده به چشم می‌خورد و بر روند تکمیل پرسشنامه اثر دارد. این پژوهش بر روی زنان مراجعه کننده به خانه‌های سلامت شهرداری انجام شد و تعمیم آن به سایر جوامع محدودیت دارد. تمامی اطلاعات از طریق پرسشنامه بصورت خودگزارش دهی بدست آمده است و همچنان وجود برخی تابوها و کج فهمی‌ها در خصوص بیان و عنوان مشکلات جنسی در زنان وجود داد.

پیشنهاد می‌گردد، با توجه به آن که عملیاتی کردن مستلزم وجود حجم قابل توجهی از یافته‌های نظری و تجربی است، این پژوهش اگر بر روی جامعه آماری دیگری از جمله در شهرها و استان‌های دیگر انجام گیرد مطمئناً نتایج متفاوتی بدست می‌دهد و در نتیجه قابلیت تعمیم نتایج افزایش خواهد یافت، انجام آزمایشات دوره‌ای مربوط به سلامت جسمی و جنسی، برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه روابط جنسی زنان در شرف ازدواج، اختصاص دادن متخصصان حوزه روانشناسی و مشاوره در زمان بلوغ جنسی و ارائه آموزش‌های به موقع و کاربردی، انجام تحقیقات و پژوهش‌هایی با رویکرد کیفی در باب مسائل جنسی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی به منظور ارتقا سطح دانش جنسی افراد جامعه و انتشار بروشور و کتابچه‌های مربوط به مسائل جنسی و بیماری‌های مقاربتی، کنار گذاشتن تابوهای فرهنگی در خصوص سانسور و حذف گفتگو در مورد مسائل جنسی. در این پژوهش از پرسشنامه برای اندازه گیری متغیرها استفاده شد است که پاسخ آزمودنی‌ها تا حدی اغراق آمیز بوده است، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از مصاحبه هم به عنوان روشی برای جمع آوری اطلاعات استفاده شود. روابط زناشویی بقدری پیچیده و همه جانبه است که باید در ابعاد دیگری نیز از جمله آمادگی روانی و بررسی میزان اطلاعات و باورهای شخصی افراد و شناخت آنها هم در نظر گرفته شود. به منظور افزایش اطلاعات نظری در امر خانواده این پژوهش بر روی گروه‌های مردان نیز صورت گیرد.

در پایان هم توصیه می‌شود افراد جهت بهبود، شناخت و اصلاح روابط جنسی علاوه بر کتاب و مراجعه به مشاور باید در مورد توقعات، رفتارها و ارزش‌ها با هم گفتگو کنند. این امر در روابط جنسی بسیار سازنده است و موجب تقویت جنبه‌های مختلف رضایت زناشویی و پایداری خانواده می‌گردد.

و سخن آخر که امید است تا بتوان با آموزش مناسب و به موقع مهارت‌های جنسی، بررسی و افزایش دانش جنسی، موجبات ارتقا سطح سلامت روانی، جسمی، جنسی و در نتیجه به پایداری خانواده و رفع مشکلات جنسی زنان کمک نمود و تأثیر آن را بر تمامی ابعاد مختلف زندگی خانوادگی و همچنین حاصله آن را در جامعه شاهد بود.

قدردانی

از کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش که انجام این مطالعه جز با همکاری و مساعدت آنان ممکن نبود، کمال تشکر را دارم و همچنین مراتب سپاس خود را از بخش امور اجتماعی - فرهنگی اداره کل سلامت شهرداری تهران صمیمانه ابراز می‌دارم.

منابع

- اسدی الف، رضاییان ز، ترکیانم (۱۳۹۴) "اختلال عملکرد جنسی و نارضایتی زناشویی در مبتلایان به دیابت"، کارشناسی ارشد، ششمین کنگره خانواده و سلامت جنسی، اصفهان.
- اقلیماپور، ص (۱۳۹۵) "تأثیر گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد جنسی، رضایت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی زنان" پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علم و فرهنگ، ص ۹-۷، بر گرفته از سایت SID.
- اکبری مهرم (۱۳۸۹)، "بررسی شیوع اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های مادر و کودک شهر تهران"، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، بر گرفته از سایت SID.
- بلوریان ز، گنج‌لوج (۱۳۸۷)، "بررسی اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان شهر سبزوار"، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، فصل نامه باروری و ناباروری، تابستان ۸۶، ص ۱۷۰-۱۶۳.
- پور ابراهیمی، م (۱۳۹۱) "ساخت و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی بر مبنای رویکردهای سلامت نگر"، کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر کرمان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- ثابتی ف، طوافیان ص، فلاحی ح. (۱۳۹۴)، "تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش جنسی زنان ساکن در مناطق جنوب شهر تهران"، کارشناسی ارشد، ششمین کنگره سلامت جنسی، ۱۳۹۴.
- حیدریان فر، ن. (۱۳۹۴) "بررسی افسردگی، سلامت روان و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اختلال ارگاسمی و زنان عادی"، ششمین کنگره خانواده و سلامت جنسی، ۱۳۹۴.
- رمضانی تهرانی ف، فرهمندم، محرابی ی، ملک افضلی ح، عابدینیم. (۱۳۹۱)، "اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن (مطالعات مبتنی بر جمعیت دربین زنان ساکن مناطق شهری چهار استان کشور)"، دانشکده بهداشت متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تهران.
- شهامت، ف (۱۳۸۹) "نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه" مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی (نشریه دانشگاه تبریز) دانشگاه فردوسی مشهد، دوره ۵، شماره ۲۰، ص ۱۲۴-۱۰۳.
- صفوی فر، ف. (۱۳۸۷)، "سلامت خانواده روی دیگر هم دارد."، سومین کنگره بین المللی خانواده و سلامت جنسی، مجله سلامت و دانش پزشکی، دسته سلامت جنسی خانواده، کد مطلب ۱۹۶۰۸.

- غفاری، ز (۱۳۹۱)، "رابطه ناگویی خلقی، عاطفه منفی، رویدادهای آسیب‌زا و علائم اختلالات شخصیت با علائم جسمانی سازی در پرستاران شاغل بیمارستان‌های شهر اهواز" کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۳ شماره ۳، ص ۳۵-۲۶.
- کرینک، آم؛ دیوید نسیون، ج؛ س نیل، ج. م؛ جانسون، ش ل. (۱۳۹۳) "آسیب‌شناسی روانی ترجمه حمید شمسی پور"، چاپ اول، تهران، انتشارات ارجمند، ص ۲۲، ص ۳۰۰.
- کوهی، ف (۱۳۹۲)، "رابطه سیستم‌های مغزی رفتاری BIS/BAS با اختلال جسمانی سازی با میانجیگری عاطفه مثبت و منفی"، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه رازی، بر گرفته از سایت SID. چاپ نشده.
- گنجی، م. (۱۳۹۶)، آسیب‌شناسی روانی جلد دوم، انتشارات ساوالان، تهران ص ۱۸۱-۱۹۸.
- متین‌نژاد، الف، وحیدپور، س (۱۳۹۴)، "رابطه بین خودکارآمدی و رضایت جنسی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان"، کارشناسی ارشد، ششمین کنگره سلامت جنسی، ۱۳۹۴.
- محترم‌الف. (۱۳۹۲)، "بررسی رابطه عملکرد جنسی بر رضایتمندی زناشویی"، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، تهران.
- محمدی، خ؛ حیدری، م؛ فقیه‌زاده س (۱۳۷۱) "اعتبار نسخه فارسی مقیاس به‌عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان - تشریح پایش، دوره ۷، شماره ۳، ص ۲۷۸-۲۶۹.
- ماهیار، آ. ایرانبور، ج. نوحی، س. (۱۳۸۹)، "اختلال عملکرد جنسی و وضعیت روانی زنان"، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۹، شماره ۲ (۳۴ پیاپی)، ص ۲۹-۲۲.
- Anderson et al., (2006). A Comparison of Maladaptive Schemata in Treatment-Seeking Obese Adults and Normal-weight Control Subjects, *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 245- 252.
- Anisi j □, Eskandari M, Bahmanabadi S., Noohi S.PhD, Tavalayi A. (2014) Standardization of Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) of a military Unit. *Journal of military Psychology*. Vol 5, No 17, Spring 2014,Page: 57-67.
- Calabrese, D. (2011) Somatization syndrome as a function of feminine gender roles stress and negative affect. Published Doctoral Dissertation, Seattle Pacific University.cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 445-448.
- Edward O. Laumann, PhD; Anthony Paik, MA; Raymond C. Rosen, PhD(1999) Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. www.prepare-enrich.com epidemiological study. *Archives of Women's Mental Health* 2002; 5: 59-63
- Eriksen, H. R., & Ursin, U. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained
- Farje F, Namdari S, Nazemi A. (2012.) Demographic characteristics of patients with somatophormal disorders and some related factors in patients admitted to Qods Hospital Sanandaj in 2011.Fourth International Psychiatric Congress. (Persian).
- Field,A. (2006).Discovering Statisticu using SPSS(2 th ed), London,Sage.
- Fourcroy J, Female sexual dysfunction: potential for pharmacotherapy. *Drugs* 2003;63:1445-57
- Fowers B. J. Olson D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A Discriminant Validity and Cross-Validity Assessment. *Journal Marital and family Therapy*. 15. 65-79
- Grames, H. A., Miller, R. B., Robinson, W. D., Higgins, D. J., & Hinton, W. J. (2008). A test of contextual theory: The relationship among relational ethics, marital satisfaction, health problems, and depression. *Contemporary Family Therapy*, 30(4), 183-198.
- Greeff, H. L. M., Abraham. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(3), 247-257.
- Karami J, Shellani B, Hawizi, N. (2017) "Correlation between sexual self-esteem and sexual dysfunction with marital satisfaction in nurses of Kermanshah hospitals" *Journal of Qom University of Medical Sciences*, Volume 11, Issue: b0030tp.90-86. (Persian).

- Kadri, N, Mchichi Alami K, Mchakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based
- Kline, R.B(2005). principles and practice of structural equation modeling, edition 2, Guilford press, New York & London.
- Krink, AM; David Nijon; C.; Neil, J. M. Johnson (2014) "Psychological Pathology Translation by Hamid Shamsipour", First Edition, Tehran, Arjmand Publication, p. 227, p. 300. (Persian).
- Meyers, I.S, Gamedt.G, & Goarin, A.J. (2006.) Applied multivariate research, design and interpretation, Thousand oaks. London. New Deihi, sage publication.
- Oahadi B. Human sexual behavior. Isfahan: Sadegh Hedayat Press; 2004. p.234-8. (Persian).
- Rief, W., & Exner, C. (2002). Psychobiology of somatoform disorders. In J. D. D'haenen, J. A. den Boer & P. Willner (Eds.), Biological psychiatry. New York: Wiley
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry.
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Philadelphia, USA Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p.1025
- Salari M. Evaluation of the prevalence of sexual dysfunction in married women of Yazd, 1384; Second Congress of Family and Sexual Problems, Shahed University, Tehran. (Persian).
- Turner, Rose, Cooper (2005). Parental Bonding and Disorder Symptoms in Adolescents: The Meditating Role of Core Beliefs, Eating Behaviours 6, 113-118.
- Williams & Wilkins(2005) Philadelphia, USA Lippincott. p.732.