

تأثیر آموزشهای مربوط به ارتباطات جنسی زناشویی بر ارتقاء سطح سلامت جنسی دانشجویان متأهل (مطالعه‌ی موردی دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه)

دکتر عباس روحانی^۱
دکتر داود معنوی پور^۲
حمیرا ابوطالبی^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزشهای مربوط به ارتباطات جنسی زوجین بر ارتقاء سطح سلامت جنسی آن‌ها بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ بودند. نمونه این پژوهش را ۵۰ نفر از این دانشجویان تشکیل می‌دادند که از بین جامعه مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و به روش استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند (گروه آزمایشی ۲۵ نفر و گروه گواه ۲۵ نفر). پژوهش به روش تحقیق آزمایشی با استفاده از "طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل" انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه محقق-ساخته بود. پس از گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های گواه و آزمایشی، ابتدا بر روی هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا گردید، سپس مداخله آزمایشی (آموزشهای مربوط به ارتباطات جنسی) در ۶ جلسه ۱/۵ ساعته بر روی گروه آزمایشی ارائه گردید و پس از اتمام برنامه آموزش، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. در ادامه، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک سویه (آنوا) و دو سویه (مانوا) تجزیه و تحلیل شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش ارتباطات جنسی موجب افزایش سطح سلامت جنسی دانشجویان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. سطح معناداری در این پژوهش $p < 0/001$ بوده است.

واژه‌های کلیدی:

آموزش ارتباطات جنسی زوجین، سلامت جنسی زوجین.

۱ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه

۲ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

۳ - مشاور خانواده بیمارستان روانپزشکی شهید رجایی نجف آباد

مقدمه

خانواده‌یکی از ارکان اصلی نظام اجتماعی است که سلامت آن، محیط مناسبی برای رشد و تعالی زوجین و فرزندان آنان خواهد بود. اصولاً روابط زوج بر چهار پایه اصلی ارتباطات عاطفی، ارتباطات شناختی یا فکری، ارتباطات اقتصادی و روابط جنسی شکل می‌گیرد. هر گونه اختلال در فرآیند دو طرفه روابط چهارگانه مذکور می‌تواند زمینه‌ای جهت بروز مشکلات و تزلزلی در تحکیم خانواده باشد. ارتباطات جنسی، اساس سلامت روان و بقای نسل سالم است. اطلاعات صحیح، کامل، منسجم، واقعی و علمی درباره ارتباطات جنسی می‌تواند به شکل‌گیری هر چه بهتر این گونه روابط و در نتیجه ارتقاء سلامت جنسی زوجین منجر گردد. به اعتقاد آسوده (۱۳۸۴) در کشور ما طی دو دهه گذشته، ساخت خانواده و روابط بین اعضای آن دچار تغییرات زیادی شده است و بیشتر تحقیقاتی که توسط متخصصان علوم اجتماعی در زمینه‌ی علل سست شدن پیوندهای زناشویی صورت گرفته، بر متغیرهای کلان از جمله وضعیت اقتصادی، کاهش درآمد خانوار، بیکاری، چالش‌های فرهنگی و اجتماعی تاکید نموده‌اند و آن‌ها را از عوامل مؤثر بروز ناسازگاری‌های زناشویی و طلاق در ایران دانسته‌اند. هر چند که نقش این عوامل را نمی‌توان در افزایش طلاق در چند سال گذشته نادیده گرفت اما به نظر می‌رسد تاکید بیش از حد بر این متغیرها به عدم شناسایی عوامل مؤثر برگسسته شدن پیوندهای زناشویی به ویژه علل مربوط به ارتباطات جنسی در حوزه و چارچوب خانواده منجر خواهد شد. پرورش قابلیت‌ها و مهارت‌های زوجین در محدوده روابط جنسی همانند بسیاری از مهارت‌های دیگر از طریق آموزش امکان‌پذیر است. تئوری ساختارگرایی اجتماعی، تمایل جنسی انسان را برخاسته از روند اجتماعی شدن و فرهنگ و غالباً با همراهی زبان می‌پندارد. فمنیست‌ها اگر چه اساس بیولوژیکی تمایل جنسی را انکار نمی‌کنند، لیکن با توسل به این تئوری معتقدند که جامعه مرد سالار در استثمار و مطیع‌سازی زنان، تمایل جنسی

زنان را شکل می‌دهد (هاید، ۱۹۸۶). جانینی و سیمونل (۲۰۰۲)، تمایل جنسی را عملی تعاملی و برخاسته از محیط با توجیهی اجتماعی و کیفیتی نخواستہ و پویا تعریف می‌کنند. گوتاری (۱۹۹۸) نیز تمایل را در ارتباط با محیط و انواع متعدد روابط مورد تأکید قرار می‌دهند. بیلینگ (۱۹۹۹) با تکیه به دیدگاه روانشناسی استدلالی (Discursive psychology)، واپس روی را به عنوان یک تمایل، دستاوردی تعاملی و زبانی معرفی می‌کند. باتلر (۱۹۹۰) با ارائه تئوری تحقق یافته در عمل (Performativity) بیان می‌کند که "آنچه که بیان می‌شود یا در هر زمینه اجتماعی که به عمل در می‌آید، اساساً به آنچه که بیان نمی‌شود یا نمی‌تواند در عمل بیاید، مرتبط است". باتلر بر اساس این تئوری معتقد است که بیان یا عدم بیان واژه نه در موقعیتهای جنسی، فرآیندی را آغاز می‌کند که به موجب آن موقعیت جنسی و فاعل جنسی تحقق می‌یابد. "فاعل شدن زن به هنگام روبرو شدن با پیشنهاد مردی به برقراری رابطه جنسی، تا حدودی به وسیله بیان نه که از لحاظ هنجاری تشویق می‌شود، پدید می‌آید". لیکن به اعتقاد وی، نه دقیقاً نه نیست و اجباری که از لحاظ تحقق در عمل در نه وجود دارد، به جای پایان بخشیدن به صحنه جنسی، آن را تسهیل می‌سازد. ریچ (۱۹۸۲) تمایل جنسی را تجربه اوج لذت در یک عمل جنسی ناهمجنس‌گرا بر پایه توانایی فرد در عشق ورزیدن تعریف می‌کند.

اگرچه تحقیقات نشان داده است که عوامل ارتباطی و تعاملی بر عملکرد یا به عبارتی بهتر بر تمایل جنسی زنان تأثیرگذار است (فالی، کاپ و شوگرو، ۲۰۰۲)، ولیکن تحقیقات دیگری نیز نشان داده است که تمایل جنسی پایین زنان تا حدودی به اُرگاسم متقاطع و ادواری آنها وابسته است. کینزی و دیگران (۱۹۵۳) نشان دادند که از هر ۱۰ زنی که در ۱۰۰ تجربه جماع قرار می‌گیرند، تنها ۴۰ درصد از آنها به اُرگاسم می‌رسند. تحقیقات جدیدتر نیز

بین ۸۰ - ۴۰ درصد تجربه ارگاسم را در زنان گزارش نموده‌اند (هالبرت، ۱۹۹۳). در معیار تشخیصی DSM-III-R، تمایل جنسی پایین زنان می‌تواند به دلایل ذیل باشد: ۱) تمایل جنسی پایین جهانی، ۲) وابستگی به الکل یا مواد مخدر یا وجود ناتوانی ذهنی، ۳) استفاده از داروهای جدیدی که بر تمایل جنسی تأثیر گذارند، ۴) روان‌تکنانش جنسی یا سوء استفاده جنسی و ۵) مقاربت دردناک یا وجود یک بیماری فیزیکی که منجر به فقدان تمایل جنسی گردد (هالبرت، ۱۹۹۳). وایت (۱۹۸۱) نیز معتقدند که زنان در روابط نزدیک خود بر صمیمیت و نزدیکی ارزش بیشتری می‌گذارند، در حالیکه تأکید مرد سنتی در برقراری روابط بر خودمختاری است (به نقل از آپت و هالبرت، ۱۹۹۳). از نظر زنان داوطلب در تحقیق هالبرت (۱۹۹۳)، تمایل جنسی صرفنظر از اینکه رابطه جنسی چگونه می‌تواند رضایت بخش باشد، بیشتر عمل‌کردی از دیدگاه آنها نسبت به ازدواج است.

هالبرت (۱۹۹۳) در بررسی نقش احقاق جنسی بر تمایل جنسی زنان، به این نتیجه دست یافت که زنان با احقاق جنسی بالا دارای فعالیت جنسی، ارگاسم، تمایل جنسی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی بیشتری هستند. برخی از محققان، آموزش احقاق جنسی را در درمان جنسی زنان مورد انتقاد قرار می‌دهند. گینزبرگ و همکاران (۱۹۷۲) معتقدند که آموزش احقاق جنسی به زنان به دلیل افزایش درخواستهای جنسی آنان، مردان را به ناتوانی جنسی مبتلا می‌سازد. در مقابل، مطالعات وایزو واتسون (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که مردان از خیال پردازی اینکه زنان آغازگر رابطه جنسی باشند در مقایسه با مردانی که از نقشهای سنتی مردانگی تبعیت می‌کنند، لذت بیشتری می‌برند. بر پایه گزارشی از مسترز و جانسون (۱۹۶۶)، ۵۱ درصد از مردان و ۴۸ درصد از زنان متأهل بیان کردند که مردان آغازگر رابطه جنسی بودند و صرفاً ۱۶ درصد از مردان و ۱۲ درصد از زنان، زنان را آغازگر رابطه جنسی دانستند. لذا، چنین محدودیتهای فرهنگی بر احقاق

جنسی زنان، می‌تواند معنای نه را به بله تغییر دهد.

مطالعه ریملی (۲۰۰۰) به بررسی نقش ویژگی‌های جمعیت‌شناسی، رفتارهای جنسی سالم و تاریخچه سوء استفاده جنسی از ۹۰۴ زن (۲۶-۱۴ ساله) در تعیین میزان احقاق جنسی آنها، پرداخته است. در مقایسه با زنان سفید پوست، زنان سیاه‌پوست و آمریکایی لاتین تبار از احقاق جنسی پایینی برخوردار بودند. اگرچه سن با میزان احقاق جنسی از رابطه قوی برخوردار نبود، لیکن زنان ۲۱-۱۸ سال در مقایسه با زنان ۲۶-۲۱ سال احقاق جنسی پایینی داشتند. از سوی دیگر، زنانی که در مدرسه نمرات پایین‌تری داشتند (کمتر از C) نیز دارای احقاق جنسی پایینی بودند. همچنین، بین تعداد تجربیات جنسی با زوجهای جنسی متعدد و احقاق جنسی بالا رابطه مثبت و مستقیمی وجود داشت. بعلاوه، زنانی که یک یا دو کودک را زایمان کرده بودند در مقایسه با زنانی که حامله نشده بودند، از احقاق جنسی پایینی برخوردار بودند.

رابطه جنسی در زندگی زناشویی از ابعاد مختلفی دارای اهمیت است. "از نظر جسمانی برای سلامتی مفید است. رابطه جنسی میزان تستسترون (Testosterone) را بالا می‌برد و به قوی شدن استخوان‌ها و ماهیچه‌ها کمک می‌کند، ترشح اندروفرین را که ماده طبیعی ضد درد است تسهیل می‌کند و به کاهش دردهای جسمانی کمک می‌کند. ترشح هورمون DHEA (دی هیدروپیندرسترون) که موجب تقویت ادراک می‌شود را افزایش می‌دهد. مقدار زیادی اکسی‌توسین در بدن زن ترشح می‌شود که نیاز به آرامش و نزدیکی را برطرف می‌کند و طول عمر را برای هر دو به دنبال دارد" (باربارا ۲۰۰۲، صص ۲۹۲-۳۰۲). از نظر روانی نیز احساس آرامش، نزدیکی، صمیمیت، افزایش رضایت، کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش اعتماد به نفس زوجین (اولیری، هیمن و جانکسما، ۱۹۹۸) را به همراه دارد. علاوه بر موارد فوق روابط جنسی در زندگی زناشویی، کارکرد های اجتماعی و فرهنگی

برای خانواده و جامعه در پی دارد. تمامی این مزایا منوط به وجود روابط جنسی سالم در بین زوجین است. فروتن (۱۳۸۴) با اشاره به اینکه اختلالات جنسی (Sexual disorders) در جامعه ما از شیوع بالایی برخوردار است نشان داده است که: در ایران ناتوانی جنسی مردان ۸/۹ درصد است. علاوه بر این ۶۰ درصد ۵۰ درصد افراد مبتلا به دیابت و تا ۳۰ تا ۶۵ تا افرادی که دچار سکته قلبی می‌شوند و درصد مردانی که مبتلا به نارسایی مزمن تنفسی هستند دچار مشکل ناتوانی جنسی هستند. همچنین ۴۰ درصد زنان در زندگی زناشویی خود از ۳۵ تا اختلالات جنسی رنج می‌برند. یکی از مهمترین مشکلات در این زمینه نبود مراکز آموزشی است و همچنین وجود این معضل که کجا، چه چیزی و به چه میزان بایستی در زمینه مشکلات جنسی آموزش داده شود. مشکل دیگری که در زمینه مشکلات جنسی در کشور وجود دارد این است که هیچ گاه بطور شفاف و صریح به این مشکلات پرداخته نشده است. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش‌های قبل و پس از دانشجویان (Sexual health) ازدواج در ارتقاء سلامت جنسی متأهل و در حال ازدواج انجام می‌شود. در این پژوهش سعی بر آن است تا نشان داده شود که: (۱) احقاق جنسی، تمایل جنسی و هویت جنسی زنان برخاسته و متأثر از فرهنگ جامعه و دست‌آوردی تعاملی و زبانی است، (۲) زنان ایرانی با پذیرش نقش منفعل و تابع در احقاق جنسی، چگونه در ارضاء تمایل جنسی منطبق یافته با هویت جنسی خود، عمدتاً ناکام و مغلوب ارضاء تمایل جنسی درصد طلاق‌ها همسران خود می‌شوند. از سوی دیگر ۵۰ ناشی از مشکلات جنسی است. همانگونه که آمارهای حاصل از پژوهش فروتن (۱۳۸۴) نشان می‌دهد، حدود ۵۰ درصد از طلاق‌ها ریشه در مسایل و مشکلات جنسی دارد. از آنجا که اهمیت روابط جنسی سالم در خانواده مشخص است و با توجه به ترویج راههای فساد که تا حد زیادی از طریق فناوری‌های جدید مانند: فیلم، ماهواره و سی‌دی‌های مختلفی که به

صورت ارزان و حتی رایگان در جامعه نفوذ کرده است، باید با برنامه‌ریزی در سطح کلان کشور و تدوین راهکارهای نظری و عملی و انجام طرح‌های تحقیقاتی بنیادی مانع از تأثیر آنها در فروپاشی خانواده شد. یکی از رسالت‌های مهم دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی به عنوان علمی‌ترین کانون‌های سرنوشت ساز، توجه به بعد معنوی انسان و طرح راهکارهایی است که مانع از فروپاشی نهاد خانواده شود. این پژوهش نیز در صدد بررسی روش‌های آموزشی مؤثر بر ارتقاء سلامت جنسی دانشجویان متأهل و در حال ازدواج مؤثر است تا بر اساس آن الگوی آموزشی مناسب و کارآمدی تهیه شود.

بنابراین تحقیق درباره حقایق علمی خانواده از مسائل روز جوامع مختلف به شمار می‌رود و این تحقیق‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش کافی در زمینه زندگی خانوادگی یکی از عوامل بسیار مؤثر در ازدواج‌های موفق است (قا سمی، ۱۳۷۳). علاوه بر اینها با عنایت به آگاهی ناچیز دختران و پسران نوجوان در مورد تغییرات جسمی - روانی در دوران بلوغ، دریافت‌این‌گونه اطلاعات بصورت ناقص و از منابع ناآگاه و غیرمطمئن موجب بروز مشکلات جسمی روانی متعدد در زمینه خانوادگی آنان می‌شود.

از طرفی رساندن آگاهی‌های لازم در ارتباط با این موضوع به نوجوانان از طریق منابع موثق و درست موجب شادی، نشاط، تندرستی، امیدواری و استقلال و رشد اجتماعی آنان گشته و آنان را در مقابل بیماری‌های جسمی و روحی ناشی از عدم آگاهی از تغییرات و بهداشت دوران بلوغ نیز مصون و ایمن خواهد نمود (حصوری، ۱۳۵۸)

و دیگر این که امروزه زمان با هم بودن همسران به مقدار زیادی کاهش یافته، مشغله‌های کاری زن و مرد باعث شده برای تأمین معاش و زندگی بهتر، مدت‌ها دور از هم به کار و فعالیت مشغول باشند. لذا برای ایجاد محبت و صمیمیت بین زوجین، روشها و فنون یا تکنیک‌هایی لازم است تا زن و مرد در

زمان اندکی که در محیط خانواده کنار هم هستند، همدیگر را درک کنند تا بتوانند پیام های عشق و محبت و علاقه را برای هم ارسال کنند و این امر محقق نمی شود مگر با ارائه آموزش و افزایش دانش و آگاهی افراد (ریحانی، ۱۳۷۸).

خانواده ها نیاز دارند که به مقابله با مشکلات روزمره زندگی بپردازند. به تلاش های پیشرفت گردن نهند و نیازهای عاطفی اعضای خود را برآورده سازند. اما باید به گونه ای به این وظایف پرداخت که در بحبوحه ی طبیعت همواره در حال تغیر، موقعیت هایی که خانواده، خود را در آن ها می یابد، انسجام و امنیت به همراه آورد (استریت، ترجمه تبریزی و علوی نیا، ۱۳۷۸).

آموزش جنسی به افراد اطلاعات و آگاهی های جنسی لازم برای ایجاد یک هدف مشترک و ارضای نیازها و تعادل در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی می دهد.

این آموزش فرآیندی است که به رشد جنسی سالم، بهداشت زناشویی، روابط بین فردی، عاطفه، نزدیکی، تصور بدنی و نقش های جنسیتی کمک می کند. آموزش جنسی به همه ابعاد جنسیت مانند ابعاد زیستی، فرهنگی، اجتماعی، روان شناختی و مذهبی توجه می کند و بطور کلی هم به حوزه ی شناختی (Cognitive) (اطلاعات و دانش)، هم به حوزه ی عاطفی (Affective) (احساسات، ارزشها و نگرشها) و هم به حوزه ی رفتاری (Behavior) (مهارت های ارتباطی و تصمیم گیری) مربوط می شود (حسن زاده و همکاران، ۱۳۷۴). زن و مرد در صورتی که به بینش کامل از ازدواج دست یابند، می توانند از رابطه ی جنسی، بهترین بهره را بگیرند، در صورتی که هیچ کدام از زوجین احساس برتری بر دیگری نداشته باشند و فقط در فکر ارضای هوس های خویش نباشند چرا که هر دو نفر باید سعی و کوشش نمایند تا بتوانند حداکثر لذت را برای یکدیگر مهیا کنند. در این حالت است که می توان گفت «رابطه ی جنسی» از یک رابطه جسمانی پافراتر نهاده و بصورتیک «رابطه ی عاطفی» درآمده است. (دژکام، ۱۳۸۴). آسوده

(۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل شخصیتی مؤثر در سازگاری زناشویی»، ۴۵ زوج سازگار و ناسازگار شهر اصفهان را از نظر ویژگی‌های شخصیتی و میزان رضایت زناشویی مورد بررسی قرار داده و یکی از نتایج بدست آمده از پژوهش وی این است که: مردان و زنان سازگار اصفهانی، رضایت زیادی از روابط زناشویی (جنسی) خود داشته و بالعکس مردان و زنان ناسازگار، نارضایتی شدیدی را از روابط زناشویی خود ابراز داشته‌اند. نتیجه‌ی این پژوهش تأکیدی بر اهمیت و تأثیر فراوان روابط جنسی و زناشویی زوجین بر سلامت خانواده آن‌هاست.

دانش و نجابتیان (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه رضایت زناشویی با رضایت از روابط جنسی زوجین»، ۱۳۶ نفر از زوجینی که بین ۵ تا ۲۵ سال از زندگی مشترکشان می‌گذشته، مورد مطالعه قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که: هر چه میزان رضایت از روابط جنسی بیشتر باشد، میزان رضایت از روابط زناشویی نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. هم‌چنین آن‌ها دریافته‌اند که بین میزان رضایت جنسی و زناشویی زنان و مردان، تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین رضایت روابط جنسی و زناشویی زنان و مردانی که تحصیلات متفاوتی دارند، اختلاف وجود دارد. بنابراین این پژوهش هم اهمیت کیفیت روابط جنسی را تایید و تأکید می‌کند و هم بیانگر تأثیر گذاری سطح آگاهی‌ها، اطلاعات و به دنبال آن نگرش‌ها و... بر کیفیت روابط زوجین می‌باشد. حقیقی و همکاران (۱۳۸۰) در پژوهشی با عنوان «تأثیر مشاوره زناشویی بر رضایت جنسی زوجین» ۶۰ زوج را در قالب دو گروه آزمایش و کنترل در یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز مورد مطالعه قرار دادند. در بدو ورود به پژوهش ۵۰ درصد زنان گروه آزمایش، رضایت جنسی متوسط و ۵۶ درصد زنان گروه کنترل، رضایت جنسی زیادی داشتند. هم‌چنین ۶۰ درصد مردان گروه آزمایش و ۶۶ درصد مردان گروه کنترل، رضایت جنسی زیادی داشتند. (البته زنان

دو گروه آزمایش و کنترل و همچنین مردان دو گروه آزمایش و کنترل، از نظر رضایت جنسی تفاوت معناداری نداشته و یکسان بودند. ($p = 0/4$) یافته‌های پژوهش پس از یک ماه، نشان داد که ۱۰۰ درصد زنان و مردان گروه آزمایش (با مشاوره) دارای رضایت جنسی زیادی بوده‌اند و مشاوره زناشویی توانسته است بر رضایت جنسی زوجین تأثیر مطلوب داشته و رسیدن به اوج لذت جنسی را در زوجین افزایش دهد. این پژوهش هم نشان دهنده اهمیت آموزش و تأثیر قابل توجه آن بر کیفیت روابط زوجین است. بدین منظور فرضیه‌های زیر تدوین شده است: ۱- نقش آموزشهای جنسی مربوط به ازدواج در ارتقاء سلامت جنسی زوجین دانشجو مؤثر است. ۲- تعامل گروه (گواه - آزمایشی) و جنسیت (مرد- زن) در ارتقاء سلامت جنسی معنادار است.

روش

در این پژوهش از روش تحقیق آزمایشی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان متأهل و در حال ازدواج دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ بود. نمونه این پژوهش را ۵۰ نفر از این دانشجویان تشکیل می‌دادند که از بین جامعه مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و به روش استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند (گروه آزمایشی ۲۵ نفر و گروه گواه ۲۵ نفر). پس از گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های گواه و آزمایشی، ابتدا بر روی هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا گردید، سپس مداخله آزمایشی (آموزشهای مربوط به ارتباطات جنسی) در ۶ جلسه ۱/۵ ساعته بر روی گروه آزمایشی ارائه گردید و پس از اتمام برنامه آموزش، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. برای سنجش سلامت جنسی آزمودنی‌ها پرسشنامه محقق ساخته‌ای طی مراحل زیر ساخته می‌شود: مطالعه و جمع آوری مجموعه نکات مرتبط با سلامت جنسی، تعریف عملیاتی تمامی مفاهیم جمع آوری شده، تهیه گویه‌های مناسب برای اندازه‌گیری مفاهیم، بررسی روایی صوری و محتوایی گویه‌های تهیه شده، از طریق نظرخواهی از متخصص و محاسبه ضریب توافق بین آنها. اجرای آزمایشی فرم نیمه تجربی بریک نمونه تصادفی ۱۰۰ نفری از اعضای جامعه هدف، محاسبه ضرایب اعتبار آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ، اصلاح گویه‌هایی که بر اساس نظر متخصصان و همچنین آلفای کرونباخ محاسبه شده نیاز به بازنگری دارند و بالاخره، تهیه فرم نهایی پرسشنامه تعداد سئوالات پرسشنامه تدوین شده پس از انجام کلیه امور روانسنجی مذکور به ۳۳ سؤال رسید که هر سؤال دارای سه گزینه موافقم، نمی‌دانم و مخالفم بود. مقدار ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده پرسشنامه مزبور ۰/۹۸ (۰/۹۸ = α) بود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار spss و در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس یک سویه (آنوا) و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

داده‌های حاصل از پژوهش در سطح آمار توصیفی و در سطح آمار استنباطی در این قسمت ارائه می‌گردد.

جدول ۱: شاخصهای توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد
پیش آزمون: گروه گواه گروه آزمایشی جمع	۲۵	۵۴/۷۶	۱۴/۵۳	۲/۹
	۲۵	۵۴/۸	۱۴/۶۹	۲/۹
	۵۰	۵۴/۷۸	۱۴/۶۴	۲/۰۴
پس آزمون: گروه گواه گروه آزمایشی جمع	۲۵	۵۵/۸	۱۴/۲۱	۲/۸
	۲۵	۶۸/۶۴	۱۱/۹۴	۲/۳۸
	۵۰	۶۲/۲۲	۱۴/۵۲	۲/۰۵

جدول ۲: تحلیل واریانس یک سویه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه تجربی و گواه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پیش آزمون: گروه گواه گروه آزمایشی کُل	۰/۰۲۰	۱	۰/۰۲۰	۱۱/۹۶	۰/۰۰۱
	۱۰۲۴۴/۵۶	۴۸	۲۱۳/۴۲۸		
	۱۰۲۴۴/۵۸	۴۹			
پس آزمون: گروه گواه گروه آزمایشی کُل	۲۰۶۰/۸۲	۱	۲۰۶۰/۸۲۰	۱۱/۹۶	۰/۰۰۱
	۸۲۶۷/۷۶	۴۸	۱۷۲/۲۴۵		
	۱۰۳۲۸/۵۸	۴۹			

از داده های جدول شماره ۱۲ این گونه استفاده می گردد که بین میانگین نمرات آزمودنی های گروه گواه و گروه آزمایشی در پس آزمون یا پس از اعمال متغیر مستقل تفاوت معنی داری وجود دارد (۹۶ / $f = ۱۱$ ، $p < ۰/۰۰۱$). به این ترتیب، فرضیه پژوهشی اول مبنی بر مؤثر بودن آموزشهای جنسی در روابط

زناشویی در ارتقاء سلامت و بهداشت جنسی
دانشجویان، تأیید می شود.

۱۰۰ / تأثیر آموزشهای مربوط به ارتباط جنسی زناشویی بر ارتقاء سطح سلامت ...

جدول ۳: شاخصهای توصیفی (بر اساس نمرات پس آزمون)

انحراف معیار	میانگین	تعداد	جنسیت گروه
۱۴/۴۳	۵۸/۵۸	۱۲	مرد گواه
۹/۷۹	۷۳/۴۲	۷	آزمایشی
۱۴/۶۱	۶۴/۰۵	۱۹	کُل
۱۴/۰۶	۵۳/۲۳	۱۳	زن گواه
۱۲/۴۲	۶۶/۸	۱۸	آزمایشی
۱۴/۵۸	۶۱/۱	۳۱	کُل
۱۴/۲۱	۵۵/۸	۲۵	کل گواه
۱۱/۹۴	۶۸/۶۴	۲۵	آزمایشی
۱۴/۵	۶۲/۲۲	۵۰	کُل

جدول ۴: آزمون لوین برای برابری واریانسها

سطح معناداری	Df _۲	Df _۱	F
۰/۵۳۷	۴۶	۳	۰/۷۳۵

آزمون لوین فرضیه تساوی واریانسها در جامعه را تایید می کند ($p = ۰/۵۳۷$). زیرا با توجه به میزان f تفاوت معنادار وجود ندارد.

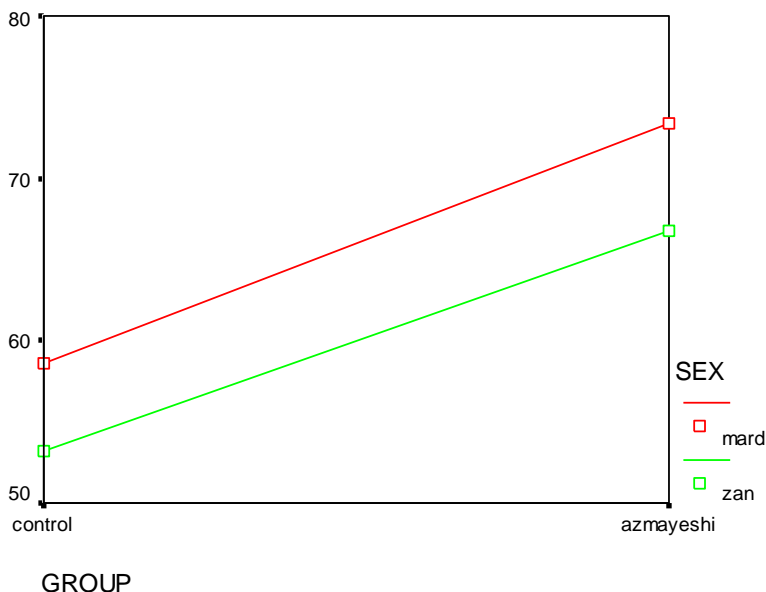
جدول ۵: تحلیل واریانس دو طرفه بین نوع گروه (گواه و آزمایشی) و جنسیت (زن و مرد) بر روی نمرات پس آزمون

η	سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درج آزادی	مجموع مجزورات	منبع
۰/۲۳۸	۰/۰۰۵	۴/۸	۸۲۰/۸	۳	۲۴۶۲	مدل اصلاح شده
۰/۹۵۷	۰/۰۰۰	۱۰۳۵/۶	۱۷۷۰۸۳	۱	۱۷۷۰۸۳	مدل عرضی
۰/۰۴۹	---	۲/۳	۴۰۱/۷	۱	۴۰۱/۷	جنسیت
۰/۲۲۲	۰/۰۰۱	۱۳/۱	۲۲۴۷/۵	۱	۲۲۴۷/۵	گروه
۰/۰۰۱	---	۰/۰۲۷	۴/۷	۱	۴/۷	جنسیت \times گروه
			۱۷۱	۴۶		خطا
				۵۰	۷۸۶۶	مجموع
				۴۹	۱۰۳۲۸/۶	مجموع اصلاح شده

مجذور R: ۰/۲۳۸ (مجذور R سازگار شده ۰/۱۸۹).

نتایج تحلیل واریانس نشان می دهد که تأثیر اصلی جنسیت بر سلامت جنسی معنی دار نیست ($F = 3/2$) یا به عبارت دیگر تفاوت معنی داری بین نمرات پس آزمون مردان و زنان وجود ندارد. با وجود این تأثیر اصلی، نوع گروه آزمایشی و گواه بر پس آزمون معنی دار است ($F = 13/1$ ، $p < 0/001$). میزان تأثیر واریانس یا تفاوت برابر با $0/222$ است ($\eta = 0/222$)؛ یعنی ۲۲ درصد کل واریانس (تفاوت های فردی) نمرات پس آزمون در اثر تفاوت گروهی بوجود آمده است و یا تفاوت بین گروه های مورد مطالعه سبب شده است تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون ۲۲ درصد افزایش یابد. تعامل بین جنسیت و گروه های گواه و تجربی معنی دار نیست ($F = 0/027$).؛ یعنی امکان ندارد گروه های مورد مطالعه فقط در مردان و زنان از لحاظ پس آزمون تفاوت داشته باشند. بدین ترتیب، فرضیه دوم تحقیق رد می شود.

Estimated Marginal Means of SCOREPOS



نمودار ۱: تعامل بین جنسیت و گروه‌های آزمایشی و گواه معمولاً هر وقت نمودارهای گروه‌ها متقاطع باشد تعامل معنی دار است، ولی ظاهراً در اینجا میزان تقاطع به حدی نبوده است که تعامل معنی داری به دست‌آید.

بحث و نتیجه گیری

ارتباطات جنسی، اساس سلامت روان و بقای نسل سالم است. اطلاعات ناقص، غلط، آمیخته با خرافات و ارائه شده توسط افراد ناآگاه، سلامت جنسی زوجها را به مخاطره می‌اندازد. اما، ارائه آموزشهای صحیح و مبتنی بر اصول و قوانین علمی می‌تواند به ارتقاء سلامت و بهداشت جنسی آنان بیفزاید. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزشهای مربوط به ارتباطات زناشویی بر ارتقاء سلامت جنسی در بین زوجها متاهل دانشجو بود. محققان قبلی تأثیر انواع مختلف آموزشهای پس از ازدواج بر روی سلامت روان و سلامت جنسی به زوجها را مورد مطالعه قرار داده‌اند. این پژوهش دارای

دو فرضیه بود که در ادامه به تفکیک هر فرضیه، به تشریح و تبیین‌یافته‌ها و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات و نیز همخوانی و عدم همخوانی آنها با پژوهش‌های پیشین، پرداخته می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد آموزش‌های مربوط به ارتباطات جنسی مربوط به زندگی زناشویی در ارتقاء و فزونی سلامت جنسی آنان، تأثیر شگرفی دارد. مبنای این ادعا تایید فرضیه نخست پژوهش است.

فرضیه اول: تأثیر آموزش‌های جنسی زناشویی در ارتقاء سلامت جنسی دانشجویان مؤثر است. داده‌های مربوط به آزمون این فرضیه نشان دهنده این مطلب بودند که در پس‌آزمون یعنی بعد از اعمال مداخله آزمایشی، بین نمرات مربوط به سلامت جنسی آزمودنی‌ها تفاوت معناداری وجود داشت. این‌یافته با نتایج تحقیق حقیقی و همکاران (۱۳۸۰) و برخی از تحقیقات دیگر (دژکام، ۱۳۸۷) همسویی نشان می‌دهد. اصولاً، دریافت اطلاعات منسجم، علمی، دقیق و واقع‌بینانه می‌تواند دانش و مهارت زوجین را در زمینه ارتباطات جنسی در حوزه خانواده را ارتقاء بخشد، و این امر به نوبه خود بر بالابردن سلامت جنسی آنها تأثیر دارد. یافته مذکور احتمالاً نشان دهنده این موضوع است که مجموعه اطلاعات ارائه شده به گروه آزمایشی پژوهش در ارتقاء بهداشت جنسی و نیز افزایش اطلاعات آنان در زمینه روابط جنسی مثرتر واقع شده است و توانسته است اطلاعات مفیدی در اختیار زوجین مورد نظر بگذارد. به هر حال، عملکرد جنسی زوجین با ارائه آموزش‌های تخصصی و علمی بدانها بهبود می‌یابد. وانگهی، بخشی از عوامل آسیب‌رسان به عملکرد طبیعی جنسی زوجین در درون خانواده‌ها، ناآگاهی‌ها و عدم اطلاعات صحیح آنها در این زمینه است. در این زمینه نیز احتمالاً شاید بتوان اشعار داشت که آموزش‌های مربوط به روابط جنسی در حوزه زندگی زناشویی، می‌توانند در افزایش سلامت جنسی و فراگیری شیوه‌های

درست انجام عملکرد جنسی زوجین، مؤثر واقع شوند. آزمودنی‌هایی که از اطلاعات بالایی در حیطة عملکرد طبیعی جنسی برخوردارند، قاعداً سیر روابط جنسی در زندگی زناشویی شان روند سالم‌تری را خواهد پیمود. به هر روی، برنامه آموزشی مورد استفاده در تحقیق حاضر بر روی عملکرد جنسی دانشجویان متأهل اثراتیکسانی را به دنبال داشته است.

فرضیه ششم: تعامل نوع گروه (گواه - آزمایشی) و جنسیت (مرد - زن) در ارتقاء سلامت جنسی معنادار است. نتایج مربوط به آزمون این فرضیه در سطور قبل نشان داد که تعامل بین نوع گروه (گواه - آزمایش) و جنسیت (مرد - زن) معنی دار نیست ($f = ۰/۰۲۷$). یعنی امکان ندارد آموزشهای مربوط به ارتباطات جنسی فقط در مردان و یا فقط در زنان از لحاظ سلامت جنسی تفاوت داشته باشند. از طرف دیگر، تحلیل‌های دیگر مربوط به این فرضیه نشان داده است که تفاوت دو گروه گواه و آزمایشی در بعد از اعمال متغیر مستقل تحقیق (آموزشهای مربوط به ارتباطات جنسی) معنادارست ($f = ۱۳/۱$ ، $p < ۰/۰۰۱$). حال آن که، تفاوت زنان و مردان در این مقوله معنادار نیست ($f = ۲/۳$). این امر مبین تأثیر متغیر مستقل در مجموع مطالعه حاضر می باشد. به هر حال، احتمالاً می توان اذعان داشت که آموزش‌های ارائه شده در پژوهش اخیر بر روی ارتقاء سلامت جنسی آزمودنی‌ها صرفنظر از نوع جنسیت‌ایشان مؤثر واقع شده است. آموزشهای مربوط به ارتباطات جنسی درباره‌ی رفتار جنسی و ارضای میل جنسی در چارچوب خانواده تأثیر گذار بوده و همه‌ی این‌ها نهایتاً منتهی به افزایش سلامت و بهداشت جنسی زوجین سوای جنسیت آنان شده است. به طور کلی‌یافته‌های این پژوهش نشان داد پیامدهای آموزش مهارتهای ارتباطات جنسی باعث افزایش سطح سلامت جنسی دانشجویان متأهل گردیده و در آن‌ها این آمادگی را برای زندگی سالم و اثربخش به وجود می آورد. بنابراین با توجه به اثربخشی این گونه آموزش‌ها می توان پیشنهادهای زیر را ارائه کرد:

- ۱) آموزش ارتباطات جنسی به دانشجویان و سایر زوجیهایی که قصد تشکیل خانواده دارند و همچنین زنان و مردان متأهل.
- ۲) علاوه بر برنامه‌های گروهی، از روشهای دیگر همانند سکس درمانی زوج نیز می‌توان استفاده کرد.
- ۳) قرار دادن برنامه آموزش ارتباطات جنسی در سرفصل دروسی همچون درس تنظیم خانواده دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی.
- ۴) آموزش مستمر به خانواده‌ها و زوجین از طریق جلسات مشاوره و غیره.

منابع

فارسی

۱. آسوده، محمد حسین (۱۳۸۴) **بررسی عوامل شخصیتی مؤثر در سازگاری زناشویی**. مجله فرهنگ و پژوهش: شماره ۸۷.
۲. استریت، ادی (۱۳۷۸) **مشاوره خانواده** (ترجمه مصطفی تبریزی و علی علوی نیا). تهران: انتشارات فرا روان.
۳. انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۸۶) **راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (چاپ چهارم)** ترجمه محمدرضا نیکخو وهامایاک آوادیس‌یانس. تهران: انتشارات سخن.
۴. پزشکان فارسی زبان (۱۳۸۷) **فواید رابطه جنسی** <http://www.pezeshkan.org>
۵. پورابولی، بتول (۱۳۸۴) **بررسی نگرش معلمان شهر کرمان نسبت به آموزش جنسی و نظرات آنان در مورد نیازهای آموزش جنسی**. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
۶. حسن زاده، رمضان و همکاران (۱۳۸۴) **تأثیر آموزش جنسی بر پیشگیری از اختلالات جنسی**. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
۷. حصوری، حسن (۱۳۵۸). **رفتار جنسی بر پایه سکسوفیزیولوژی**. چاپ رشديه. تهران.

۸. دانش، آذر و نجابتیان، مریم (۱۳۸۳) بررسی رابطه رضایت زناشویی با رضایت از روابط جنسی زوجین. دانشگاه شهید بهشتی: پژوهشکده خانواده.
۹. دژکام، محمدرضا (۱۳۸۴) روانشناسی اختلالهای جنسی. تهران: انتشارات منشا دانش.
۱۰. ریحانی، میترا (۱۳۷۸). بررسی عوامل مرتبط با روابط زناشویی دوران بارداری در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مایمی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
۱۱. سالاری، مهناز و همکاران (۱۳۸۴) بررسی فراوانی نسبی اختلالات جنسی در زنان متأهل شهریزد. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
۱۲. فروتن، محمدرضا (۱۳۸۴) بررسی رابطه نارضایتی جنسی و طلاق در شهرستان لارستان. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
۱۳. نورمحمدی، بالابیک (۱۳۸۴) مشاوره ازدواج به منظور پیشگیری از اختلالات در سیستم خانواده و روابط زناشویی خانواده ایثارگران. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

انگلیسی

۱. Billing.D. (۱۹۹۹). Sexuality and its problems. Edinburgh; churchil living stone.
۲. Butler, G.A.B (۱۹۹۰). "Adolescent sexual Behavior Knowledge and attitudes to sexuality Among school girls in transkel south. "East African Medical Journal. Vol.۳۳, No.۲,: ۹۵-۱۰۰.
۳. Foley S, Kope S.A, Sugrue D.P (۲۰۰۲). Sex matters for women. Guilford press, New York.
۴. Guattari D.K (۱۹۹۸). Caring for sexuality in health and illness. British medical journal, Jun, ۱۵.
۵. Gizenberg, S. (۱۹۷۲). Introduction research in sexology. New Yourk.
۶. Hyde.J.(۱۹۸۶). Understanding human sexuality. McGrow. New York.
۷. Hulbert, J. (۱۹۹۳). Sexual health. Foundation for practice, New York.

۸. Jannini E.A, Simonelli C, (۲۰۰۲). Sexological approach to ejaculatory dysfunction. ۲۵ (۶). Dec.
۹. Kinsey, et al (۱۹۵۳). Sexual behavior in the human female. Philadelphia ; Saunders.
۱۰. Masters, & Johnson (۱۹۶۶). Human sexuality response. U.S.A
۱۱. Oleary, & et al (۱۹۹۸). Sex therapy. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
۱۲. Rich, A (۱۹۸۲). premature ejaculation and pharmacotherapy. ۱۴ (۶). Dec.
۱۳. Riley, A (۲۰۰۰). Sex therapy for erectile dysfunction. East African Medical Journal. Vol.۳۳, No.۲, ۱۹۹۶: ۹۵-۱۰۰.
۱۴. Wise, M.E & Watson, J.P (۲۰۰۰). A new treatment for premature ejaculation, sexual and relationship therapy, ۱۰ (۴). Nov.
۱۵. White, R.W (۱۹۸۱). The abnormal personality. New York, Willey.

