

**دانشگاه علوم پزشکی اردبیل**

**دانشکده پزشکی**

**پايان ‌نامه جهت اخذ درجة دکترای حرفه ای رشته پزشکی**

**عنوان**

**بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل**

**نگارش:**

**نازنین اختیاری**

**اساتید راهنما:**

***دکتر سعید صادقیه اهری***

***دکتر لیلا رئیسی***

**استاد مشاور:**

***دکتر پوران اخوان اکبری***

**اسفند 1399**

شماره پایان نامه: 0877

****

** بسمه تعالي**

**گواهي اصالت پايان نامه**

**اينجانب نازنین اختیاری دانشجوي مقطع دکتری رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تایید مي‌نمايم که :**

- اين پايان نامه بر اساس نتايج بررسيها‏‏‏/ تحقيقات انجام يافته توسط اينجانب تحت راهنمای آقای دکتر سعید صادقیه اهری بوده و بوسيله **خودم** انشا گرديده است و در صورت استفاده از نتايج پژوهش ها و يا آثار ديگران بلافاصله به مرجع مورد استفاده استناد شده است و در قسمت منابع و مآخذ مشخصات مرجع به طور کامل ذکر گرديده است.

- مسئوليت صحت مطالب مندرج در اين پايان‌نامه به طور کامل با اينجانب است.

- این پایان نامه قبلا برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح ، پایین تر یا بالاتر) درسایر دانشگاه ها وموسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

- کليه حقوق مادي و معنوي اين پايان‌نامه و هر گونه محصول مستخرج از آن اعم از مقالات، چاپ کتاب و ثبت اختراع به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تعلق دارد و هرگونه استفاده از اطلاعات و یا نتايج، واگذاري اطلاعات به افراد ديگر، چاپ، تكثير، نسخه‌برداري، ترجمه و اقتباس از اين پايان‌نامه بدون اخذ اجازه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ممنوع است.

- کليه مقالات مستخرج از اين پايان‌نامه تحت نام دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (Ardabil University of Medical sciences) به عنوان وابستگی نویسنده اول یا مسئول و با اطلاع و اجازه تمامی اساتید راهنما و مشاور به چاپ رسيده یا خواهد رسيد.

- چنانچه در هر مقطع زمانی، خلاف مواردفوق ثابت شود، عواقب ناشی ازآن را می پذیرم و دانشگاه مجاز است با اینجانب مطابق با ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت برخورد قانونی، هیچ ­گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگي دانشجو

امضا و تاريخ

- بدينوسيلـه **اصال و** **صحت** نتايـج اين پـايـان نامـه مورد تأييد اينجـانب، دکتر سعید صادقیه اهری استاد راهنما مي باشد.

نام و نام خانوادگي استاد راهنما

امضا و تاريخ

تقدیم

به نام آنکه جان را فکرت آموخت خدای را بسی شاکرم که از روی کرم ،پدر و مادری فداکارنصیبم ساخته تا در سایه ی درخت پر بار وجودشان بیاسایم و از ریشه ی آن ها شاخ و برگ گیرم. والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و نامشان دلیلی است بر بودنم چرا که این دو موجود مقدس پس از پروردگار ، مایه ی هستی ام بوده اند، دستم را گرفتند و در این وادی پر از فراز و نشیب زندگی ، چگونه راه رفتن را به من آموختند.

آموزگارانی که برایم زندگی و انسان بودن را معنا کردند.

حال این برگ سبزی است تحفه ی درویش تقدیم به آستان آنان...

**تشکر و قدردانی**

سپاس خدای را که سخنوران، درستودن او بمانند و شمارندگان،شمردن نعمت های او ندانند و کوشندگان ،حق او را گزاردن نتوانند. اکنون که باید آغازی بر یک پایان بنگارم، بر خود لازم می دانم که از اساتید راهنمای محترم جناب آقای دکتر سعید صادقیه اهری و سرکار خانم دکتر لیلا رئیسی و استاد مشاور گرانقدر سرکار خانم دکتر پورانه اخوان اکبری به خاطر راهنماییهای ارزشمند نهایت تشکر و قدردانی را نمایم.

**فهرست مطالب**

**عنوان صفحه**

[چکیده 1](#_Toc64934553)

[فصل اول](#_Toc64934554) [مقدمه](#_Toc64934555)

[1-1-مقدمه و بیان مسئله 4](#_Toc64934556)

[1-2-اهداف 8](#_Toc64934557)

[1-2-1-هدف کلی مطالعه 8](#_Toc64934558)

[4-2-1- فرضیات 10](#_Toc64934559)

[1-3-تعریف واژه ها 10](#_Toc64934565)

[فصل دوم](#_Toc64934566) [بررسی متون](#_Toc64934567)

[2-1-مبانی نظری 13](#_Toc64934568)

[2-2-بررسی متون 48](#_Toc64934569)

[فصل سوم](#_Toc64934570) [مواد و روش کار](#_Toc64934571)

[3-1-نوع مطالعه 52](#_Toc64934572)

[3-2-جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری 52](#_Toc64934573)

[3-3-روش گردآوری اطلاعات 53](#_Toc64934574)

[3-4-معیارهای ورود به مطالعه 55](#_Toc64934575)

[**3**-5-معیارهای خروج از مطالعه 55](#_Toc64934577)

[3-6-ملاحظات اخلاقی 55](#_Toc64934579)

[3-7-محاسبات آماری 56](#_Toc64934580)

[3-8-جدول متغیرها 57](#_Toc64934582)

[فصل چهارم](#_Toc64934585) [نتایج](#_Toc64934586)

[4-1-آمارتوصیفی 59](#_Toc64934587)

[4-2-بررسی روایی و پایایی پرسشنامه: 63](#_Toc64934589)

[4-2-1-بررسی روایی سازه 63](#_Toc64934590)

[4-2-2-بررسی پایایی 66](#_Toc64934591)

[3-2-4-مقیاس بندی نمره پرسشنامه خشونت جنسی 68](#_Toc64934592)

[4-2-4-بررسی سوالات تحقیق 68](#_Toc64934593)

[4-3-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با ریزمعیارهای رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل 70](#_Toc64934594)

[4-4-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس سن زنان 71](#_Toc64934595)

[4-5-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس اختلاف سنی زوجین 73](#_Toc64934596)

[4-6-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس سطح تحصیلات 75](#_Toc64934597)

[4-7-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل براساس میزان درآمد 77](#_Toc64934598)

[فصل پنجم](#_Toc64934599) [بحث و نتیجه گیری](#_Toc64934600)

[5-1-بحث 80](#_Toc64934601)

[5-2-محدودیت ها 84](#_Toc64934602)

[5-3-جمع بندی و نتیجه گیری 85](#_Toc64934603)

[5-4-پیشنهادات 86](#_Toc64934604)

[منابع 87](#_Toc64934605)

**فهرست جداول**

[جدول1-4 اطلاعات جعیت شناختی (دموگرافیک) زنان شرکت کننده و همسرانشان در مطالعه 58](#_Toc64934963)

[جدول2-4 اطلاعات تکمیلی شرکت کنندگان در مطالعه 60](#_Toc64934964)

[جدول4-4 نتایج شاخص KMO و آزمون بارتلت 63](#_Toc64934965)

[جدول5-4 نتایج تحلیل عاملی اکتشافی (دوران واریماکس) 63](#_Toc64934966)

[جدول 6-4 نتایج بررسی پایایی پرسشنامه خشونت جنسی 66](#_Toc64934967)

[جدول 7-4 نتایج بررسی پایایی پرسشنامه رضایت جنسی 66](#_Toc64934968)

[جدول 8-4 مقیاس بندی پرسشنامه خشونت جنسی 67](#_Toc64934969)

[جدول 9-4 خلاصه نمره هردو پرسشنامه خشونت جنسی و رضایت جنسی 68](#_Toc64934970)

[جدول 10-4 فراوانی خشونت جنسی در زنان شرکت کننده 69](#_Toc64934971)

[جدول 11-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی 70](#_Toc64934972)

[جدول 12-4 فراوانی خشونت جنسی به تفکیک سن زنان 70](#_Toc64934973)

[جدول 13-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی به تفکیک سن زنان 71](#_Toc64934974)

[جدول 14-4 فراوانی خشونت جنسی به تفکیک اختلاف سنی زوجین 72](#_Toc64934975)

[جدول 15-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی به تفکیک اختلاف سنی زوجین 73](#_Toc64934976)

[جدول 16-4 فراوانی خشونت جنسی به تفکیک تحصیلات زنان 74](#_Toc64934977)

[جدول 17-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی به تفکیک تحصیلات زنان 74](#_Toc64934978)

[جدول 18-4 فراوانی خشونت جنسی به تفکیک میزان درآمد زنان 75](#_Toc64934979)

[جدول 19-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی به تفکیک میزان درآمد زنان 75](#_Toc64934980)

**فهرست نمودارها**

[نمودار1-4 نمودار شن ریزه (Scree Plot) حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی پس از دوران واریماکس 66](#_Toc65861623)

[نمودار 2-4 هیستوگرام نمره خشونت جنسی و رضایت جنسی 70](#_Toc65861624)

[نمودار 3-4 میزان خشونت جنسی در رده بندی سنی 71](#_Toc65861625)

[نمودار 4-4 میزان خشونت جنسی در تفاوت سنی زوجین 73](#_Toc65861626)

[نمودار 5-4 میزان خشونت جنسی در تحصیلات زنان 75](#_Toc65861627)

[نمودار 6-4 میزان خشونت جنسی در میزان درامد زنان 77](#_Toc65861628)

**فهرست علایم اختصاری**

**DSM**: Diagnostic and Statistical Manual

**EFA**: Exploratory Factor Analysis

**CFA**: Confirmatory Factor Analysis

## *بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل*

## چکیده

**زمینه**: هرگونه عمل جنسی، تلاش برای به دست آوردن عمل جنسی، نظرهای ناخواسته یا پیشروی جنسی، یا تجارت جنسی، یا کارهای صورت گرفته دیگری برخلاف تمایلات جنسی فرد با استفاده از اجبار، توسط هر فردی بدون در نظر گرفتن رابطه با خود قربانی، در هر محیط، شامل خانه و محل کار را خشونت جنسی تلقی می کنیم. خشونت زناشویی یکی از اصلی ترین انواع خشونت از سوی نزدیکان است که با وجود پیامدهایی مانند معلولیت های شدید و حتی مرگ، چندان مورد توجه قرار نگرفته است.

**هدف:** تعیین فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل

مواد و روش کار : در این مطالعه جامعه آماری کلیه زنان ساکن در حاشیه شهر اردبیل بود که به مراکز بهداشتی شهری روستایی مراجعه کردند. روش نمونه گیری به صورت طبقه ای بود که طی آن از هر واحد بهداشتی تعدادی را به عنوان نمونه انتخاب و وارد مطالعه کردیم. در نهایت 200 نفر از 20 مرکز بهداشت انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه رضایت جنسی لارسون و پرسشنامه محقق ساخت خشونت جنسی اشتفاده شد. با توجه به نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون پارامتریک (Parametric Test) همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Test) برای تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی استفاده شد.

**نتایج**: مطالعه حاضر بر روی ۲۰۰ نفر از زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل اجرا شد. در این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد و روایی و پایایی آن نیز قبل از نمونه گیری به انجام رسید. جمع بندی نتایج نشان داد که در مطالعه ما ۸۴.۵٪ میزان خشونت جنسی را متوسط و ۱۰.۵٪ زیاد عنوان کرده اند. 5 درصد نیز این شاخص را کم توصیف کردند. نتایج مطالعه ما نشان داد خشونت جنسی با تمامی زیرمعیارها و همچنین نمره کل رضایت جنسی رابطه مثبت و معنی دار آماری دارد. بعبارت دیگر، با افزایش میزان رضایت جنسی، خشونت جنسی افزایش می یابد. فراوانی خشونت جنسی به میزان متوسط در تمامی گروههای سنی بیشترین درصد را داشت. در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ ساله ۲۴.۴٪ از زنان خشونت جنسی را شدید گزارش کردند. این مطالعه نشان داد که در زوجین با تفاوت سنی ۵ تا ۱۰ سال خشونت جنسی با سازگاری جنسی، کیفیت زندگی و نگرش جنسی ارتباط مثبت و معنی داری دارد (۰.۰۵>P) و همچنین در زوجین با بیش از ۱۰ سال خشونت جنسی با سازگاری جنسی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی دار نشان می دهد (۰.۰۵>P). زنان با تحصیلات دانشگاهی نیز ۷۸٪ خشونت جنسی متوسط و ۱۷.۱٪ خشونت جنسی شدید را گزارش کرده اند.

**نتیجه گیری**: مطالعه ما میزان بالای بروز خشونت جنسی در زنان حاشیه شهر اردبیل را نشان داد. همچنین خشونت جنسی با افزایش رضایت جنسی افزایش می یابد.

**کلمات کلیدی**: خشونت جنسی، رضایت جنسی، زنان همسردار، حاشیه شهر

# 

# فصل اول

# مقدمه

## 1-1-مقدمه و بیان مسئله

خشونت استفاده از قدرت فیزیکی به منظور قرار دادن دیگران در وضعیتی بر خلاف خواستشان است. خشونت بر تمامی جنبه های گفتاری، رفتاری و حرکتی فردی که مورد خشونت قرار می گیرد، تأثیر می گذارد (1) و جدا از عواملی مانند سن، نژاد، قومیت و ملیت رخ می دهد. خشونت از سوی نزدیکان می تواند به صورت آزار جنسی، جسمی و روانشناختی باشد. خشونت را می توان بر اساس معیار های مختلف به انواع مختلف تقسیم بندی کرد؛ از نظر شکل بروز به نهان، آشکار و نمادین و از نظر سطح آسیب به دو نوع روانی و جسمانی تقسیم می‌شود (2). همچنین یکی از انواع خشونت، خشونت جنسی است. هرگونه عمل جنسی، تلاش برای به دست آوردن عمل جنسی، نظرهای ناخواسته یا پیشروی جنسی، یا تجارت جنسی، یا کارهای صورت گرفته دیگری برخلاف تمایلات جنسی فرد با استفاده از اجبار، توسط هر فردی بدون در نظر گرفتن رابطه با خود قربانی، در هر محیط، شامل خانه و محل کار را خشونت جنسی تلقی می کنیم. خشونت زناشویی یکی از اصلی ترین انواع خشونت از سوی نزدیکان است که با وجود پیامدهایی مانند معلولیت های شدید و حتی مرگ، چندان مورد توجه قرار نگرفته (3) و پیچیدگی های روان شناختی و اجتماعی آن کاملا شناخته نشده است (4و5).

خشونت از سوی نزدیکان در ابتدا فقط به مردان نسبت داده می شد، زیرا داده ها معمولا از گزارش های پلیس که به خشونت های شدید مربوط است، استخراج می شد. بررسی های جدید تر نشان داده اند زنان نیز مرتکب خشونت می شوند (6) و گزارش ها نشان گر وقوع هم زمان انواع خشونت زناشویی است(7). مارگولين و برمن (۱۹۹۳) بر این باورند که مشکلات ارتباطی در بحث و جدل ها بیشتر دوسویه و خصومت آمیز است؛ چنانچه یکی از زوجین با عصبانیت صحبت کند، دیگری هم به همین صورت واکنش نشان می دهد. آنها تحقیر و توهین زیادی نسبت به هم روا می دارند و این وضعیت مدت زمان قابل توجهی به درازا می کشد.(8) خشونت زناشویی دو جانبه در ایران نیز گزارش شده است (9).

اگرچه شاید خشونت جنسی شایع ترین نوع خشونت محسوب شود (10)، بیش از نیمی از قربانیان خشونت زناشویی، بیش از یک نوع آن را گزارش می کنند (11).

باورها و نگرش های ناکارآمد به پالایش، پردازش و ارزیابی اشتباه امور زناشویی می انجامد و معمولا ناپایداری و نارضایتی زناشویی را افزایش می دهد (12). احتمالا زمانی که زن و شوهر به مدت طولانی در شرایط بدرفتاری قرار می گیرند، دیدگاه های تحریف شده ای درباره نوع و نحوه ارتباط در آنها شکل می گیرد. هنوز روشن نیست که آیا وجود مشکل و مهارتهای ضعیف حل کشمکش است که مانع شکل گیری توافق همکارانه می‌شود یا وقوع بدرفتاری(13) و آیا پارامترها و مؤلفه های اساسی تری مانند استنادها، نگرشها و ادراک ها دست اندر کار هستند یا خير (14).

پژوهش والاچ و سلا (۲۰۰۸) باهدف فهم و پیش گیری از خشونت زناشویی نشان داد نحوه استناد مردانی که همسرانشان را کتک می زنند، نقش اساسی در افزایش خشونت و خصومت و استرس دارد. بر این اساس برنامه های درمانی بایستی به سبک استناد بپردازد(15). داس، جونز و کریستنسن (۲۰۰۲) خطوط درمان شناختی- رفتاری برای زوج درگیر در خشونت را ترسیم کرده اند (16). در پژوهشی طرحواره های شناختی زنان کتک خورده (برای مثال معنایی که برای خشونت قایل بودند، واکنش های پس آسیبی و سابقه قربانی خشونت جنسی بودن) بررسی شد (17). یافته ها نشان داد معنای خشونت (برای مثال سبک انتظارات در خشونت اخير، شدت کشندگی خشونت و اسناد علیت)، واریانس طرحواره های شناختی درباره امنیت، خود و دیگران را تبیین می کند. بر اساس سابقه قربانی خشونت جنسی بودن، تفاوتی در طرحواره های شناختی دیده شد.

نگرش های مردسالار (18)، تأیید اجتماعی خشونت (19)و نیاز به کنترل (20) از عوامل نگرشی وقوع خشونت زناشویی گزارش شده اند. هوتالتیگ و سوگرمن (۱۹۸۶) عوامل نگرشی را در سازگاری با خشونت و ماندن در کنار فرد مهاجم نیز دخیل می دانند (مانند این که گاهی زنان آزاردیده عامل وقوع خشونت را به خود نسبت می دهند و بیان می کنند با تغییر رفتارهای خود، می توانستند از خشونت جلوگیری کنند. به ویژه زنانی که مورد تهاجم قرار می گیرند، خود را مقصر می دانند.) از سوی دیگر مردان با مسئول قلمداد کردن فرد قربانی، در شکل گیری احساس خود تقصیری زنان کتک خورده نقش دارند. (21)

خشونت جنسی به صورت بالقوه می تواند بر روی رضایت از زندگی زناشویی تاثیر گذار باشد اما تاکنون مطالعه ای که بخواهد به صورت مستقیم ارتباط این دو متغیر را بررسی نماید انجام نشده است. حال سوال اینجاست که آیا در واقع و در سطح جامعه، خشونت جنسی لزوما باعث تاثیر منفی روی رضایت از زندگی زناشویی می شود یا خیر؟

رضایت حاصل از فعالیت جنسی، یکی از نیازهای فیزیولوژیک انسان است که موجب سلامتی شده و نه تنها گرمی و شور را برای زوجین به همراه می آورد بلکه آنها را در برابر بسیاری از اختلالات از جمله حملات قلبی و سردردهای میگرنی در مردان و همچنین علائم سندرم پیش از قاعدگی و آرتریت در زنان حفظ می کند. در حالی که فقدان رضایت جنسی توانمندی ها و خلاقیت انسان را کاهش می دهد (22)

مفهوم رضایت جنسی به دو صورت رضایت همراه با فعالیت جنسی و رضایت عاطفی و هیجانی تقسیم بندی میشود (23). در حقیقت روابطی مانند روابط حمایت کننده، احساس همدلی، جذابیت جسمانی و همچنین عشق با رضایت جنسی در ارتباط است. در واقع رضایت جنسی تنها لذت جسمانی نیست و شامل کلیه احساسات به جا مانده پس از جنبه های مثبت و منفی ارتباط جنسی می شود و در بر گیرنده رضایت فرد از فعالیتهای خود تا رسیدن به اوج لذت جنسی است. در واقع روابط جنسی رضایت بخش، عاملی برای تحکیم خانواده می باشد (24).

رضایت جنسی با کیفیت روابطی از جمله عشق، تعهد و ثبات در ارتباط است و احتمالا با جدایی و طلاق ارتباط معکوس دارد. روابط مؤثر، صمیمیت، نزدیکی، تمایلات و ترجیحات جنسی را تسهیل کرده و رسیدن به ارگاسم را تقویت می کنند. این تأثيرات نه تنها در کنش های روانیاجتماعی زوجین ظهور می یابند بلکه اثرات آنها بر رشد و تحول کودکان و فرزندان این خانواده ها نیز قابل مشاهده و بررسی است (25) و عوامل پیش بینی کننده رضایت جنسی به پنج طبقه تقسیم میشوند(26):

الف) متغیرهای بین فردی (کیفیت رابطه و تعاملات زناشویی، خود ابرازی جنسی)

ب) متغیرهای فیزیولوژیک (دفعات فعالیت جنسی و تجربه ارگاسم)

ج) متغير طرحواره جنسی

د) متغیرهای فردی (ویژگی های شخصیتی، بیماری های جسمی، مشکلات روان)

از متغیرهای جمعیت شناختی (سن، طول مدت ازدواج).

بنابراین و با توجه به این که تاکنون چنین مطالعه و بررسی‌ای در شهر اردبیل و بخصوص حاشیه شهر صورت نگرقته، ما در این پژوهش برآن بودیم که میزان فراوانی خشونت جنسی و نیز ارتباط آن با رضایت زناشویی را در زنان همسردار حاشیه اردبیل بررسی کنیم.

## 1-2-اهداف

## 1-2-1-هدف کلی مطالعه

 تعیین فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل

**1-2-2-اهداف اختصاصی**

1. تعیین فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با ریزمعیارهای رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل

2. تعیین فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس سن زنان

3. تعیین فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس اختلاف سنی زوجین

4. تعیین فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس سطح تحصیلات

5. تعیین فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل براساس میزان درآمد

## 4-2-1- فرضیات

## 1. فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با ریزمعیارهای رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل چگونه است؟

## 2. فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس سن زنان چگونه است؟

## 3. فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس اختلاف سنی زوجین چگونه است؟

## 4. فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس سطح تحصیلات چگونه است؟

## 5. فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل براساس میزان درآمد چگونه است؟

## 1-3-تعریف واژه ها

**1-3-1-** **خشونت جنسی:**

تعریف نظری: هر گونه عمل جنسی، تلاش برای به دست آوردن عمل جنسی، نظرهای ناخواسته یا پیشروی جنسی، یا تجارت جنسی، یا کارهای صورت گرفته دیگری، بر خلاف تمایلات جنسی فرد با استفاده از اجبار، توسط هر فرد بدون در نظر گرفتن رابطه خود با قربانی، در هر محیط، شامل خانه و محل کار اما نه محدود به آن. (27)

تعریف عملی: منظور از خشونت جنسی در این مطالعه تعیین تمام جنبه های خشونت جنسی بر اساس پرسشنامه محقق ساخت (18 سوال) می باشد.

**1-3-2-** **رضایت جنسی:**

تعریف نظری: تعریف رضایت در روابط جنسی فارغ از جنبه ارضای جنسی زن و مرد به وجود جنبه های مثبت تجربه جنسی مثل ایجاد حس خوب از برقراری رابطه و ایجاد حس رضایت مرتبط است. (28)

تعریف عملی: منظور، تعیین میزان رضایت جنسی زنان بر اساس پرسشنامه استاندارد رضایت جنسی لارسون می باشد.

**1-3-3-** **ازدواج:**

تعریف نظری: ازدواج فرایندی است از کنش متقابل بین دو فرد، یک مرد و یک زن که برخی شرایط قانونی را تحقق بخشیده اند، مراسمی برای برگزاری زناشویی خود بر پا داشته اند و به طور کلی عمل آنها مورد پذیرش قانون قرار گرفته و بدان ازدواج اطلاق گرفته است.(29)

تعریف عملی: منظور، زنانی هستند که 1 سال از زمان عقد رسمی آن ها گذشته باشد و در کنار هم زندگی کنند.

# فصل دوم

# بررسی متون

## 2-1-مبانی نظری

**2-1-1-مبانی زیست­شناختی رفتار جنسی**

**2-1-1-1-آناتومی دستگاه تناسلی و تولید مثل زن:**

دستگاه تناسلی زن شامل دو قسمت داخلی و خارجی است. اعضای تناسلی در درون لگن قرار گرفته­اند و عبارت­اند از: تخمدان­ها، لوله­های رحمی، رحم و واژن.

اعضای تناسلی خارجی در قسمت جلویی بین دوران و در زیر شکم قرار گرفته است. دستگاه تناسلی خارجی اعضای داخلی را محافظت کرده و به علاوه جزء نقاط تحریکی مهم به شمار می­رود.

این اعضاء عبارت اند­ از : برجستگی ونوس که تا جلوی مقعد ادامه دارد و در طرفین به نام لب­های کوچک، در وسط فرج حفره­ای است به نام دهليز که در آن مجاری ادرار، غدد دهلیزی و واژن باز می­شوند، در خارجی­ترین بخش ورودی واژن پرده بکارت[[1]](#footnote-1) قرار دارد. در بالای دهلیز و جایی که لب­های کوچک به هم می­رسند برآمدگی به نام کلیتوریس[[2]](#footnote-2) وجود دارد. کلیتوریس عضوی است شبيه آلت تناسلی مرد، دارای مقدار زیادی نسج نعوظی و اعصاب است، به­طوری که در مقابل تماس و تحریکات جنسی (روحی و جسمی) فوق­العاده حساس است. حدود 40% از زنان از طريق تحریک کلیتوریس به ارگاسم می­رسند (34).

**2-1-1-2-دستگاه تناسلی و تولید مثل مرد:**

اندام­های اصلی جنسی مرد عبارت اند از : بیضه ها[[3]](#footnote-3)، اپیدیدایم[[4]](#footnote-4) که سیستمی از لوله­های مارپیچ است و اسپرم در آن بالغ می­شود، مجاری و ایران[[5]](#footnote-5) ، کیسه منی[[6]](#footnote-6)، غده پروستات[[7]](#footnote-7)، غدد کوپر و آلت­ جنسی[[8]](#footnote-8) که اندام جنسی بیرونی مرد است.

مراحل واکنش جنسی: مراحل واکنش جنسی بر اساس DSM - V مراحل واکنش جنسی عبارت اند از:

1. میل جنسی[[9]](#footnote-9) : این مرحله نشان­دهنده توجه روان­پزشکان به موضوع انگیزه­ها، غرایز و شخصیت­های افراد است و شامل خیال پردازی­های مربوط به فعالیت جنسی و علاقه داشتن به فعالیت جنسی است. از نظر فیزیولوژیکی خصوصیات مشخصی ندارد.
2. انگیزش[[10]](#footnote-10): این مرحله مرکب است از احساس ذهنی لذت جنسی و تغییرات فیزیولوژیکی مربوط به آن
3. اوج لذت جنسی[[11]](#footnote-11): این مرحله عبارت است از اوج لذت جنسی همراه با رها شدن تنش جنسی و انقباض­های موزون عضله­های میان دو راه و اعضای تولید مثل لگنی.
4. فرونشینی[[12]](#footnote-12): احساس آرامش کلی، خوشی و رفع تنش عضلانی از ویژگی­های عمومی این مرحله است (35).

تنظیم عصبی رفتار جنسی امری پیچیده است و مکانیسم­های روانی که بر رفتار جنسی اثر می­گذارند، متفاوت است. فعالیت جنسی نمونه روشنی از فرایندهای روان تنی است. عوامل شناختی و درون دادهای لمسی موجب فعال شدن دستگاه کناری (لیمبیک) و مراکز نخاعی می­شود و این­ها نیز به نوبه خود موجب تغییراتی در آلت تناسلی و دیگر قسمت­های بدن می­شوند. در این مرحله فرد از پاسخ-ها و تغییرات بدنی خود آگاه می­شود.

در هر نقطه­ای از این فرایند روان تنی ممکن است مکانیسم­های تحریکی یا بازداشتی وجود داشته باشد. اگر مشکلی در کار نباشد اوج لذت جنسی روی می­دهد اما با پیدایی عوامل منفی در هر نقطه­ای از این فرایند، کار کرد جنسی مختل می­شود (36).

رزماری باسون[[13]](#footnote-13) (2008)، به بررسی پاسخ­های جنسی انسان­ها پرداخته است. در این تحقیق تاثیر عوامل بیولوژیکال، روان­شناختی و عاطفی هیجانی بر چرخه پاسخ­های جنسی انسان مورد بررسی قرار گرفته است، این چرخه بر اساس نیاز به صمیمیت و هیجان زياد و همچنین ارضاء تحریک جنسی می­باشد.

باسون مطرح می کند که هر وقت یک نیاز جنسی پدید می­آید که البته نیاز از طریق تحریکات بیرونی و هیجاری ایجاد می­شود، انسان به دنبال برطرف کردن و از بین بردن این نیاز جنسی را از بین ببرد.

باسون[[14]](#footnote-14) (2006) در چرخه پاسخ جنسی انسان به نقش همه عوامل اشاره می­کند. او بیان می­کند که تجربیات بدنی و ذهنی مانند هیجانات، احساس تحریک پذیری، احساس تحریک ژنیتال، برانگیختگی ذهنی، نگرش­ها، ترس­ها و انتظارات همه در پاسخ جنسی انسان سهیم هستند. در نظر گرفتن این عوامل به فهم ما نسبت به شناخت این مفاهیم کمک می­کند و همچنین در برطرف کردن مشکلات جنسی نیز می­توانیم از آن­ها بهره بگیریم.

عللی که موجب تحریک شدن و پذیرش رابطه جنسی از سوی زن است عبارت­اند از : تمایل به اظهار عشق، تمایل به دریافت لذت جسمی، تمایل به احساس کردن صمیمت عاطفی، تمایل به خشنودکردن همسر و افزایش رضایت خاطر خود. این عوامل منجر به این می­شود که فرد روی محرک جنسی تمرکز کند، محرک در ذهن پردازش می­شود که البته این پردازش هم از عوامل روانی و هم از عوامل زیستی تاثیر می­پذیرد، در ادامه، پردازش موجب برانگیختگی ذهنی می­شود و در نهایت موجب تحریک شدن و علاقه­مندی به برقراری رابطه جنسی می­شود. رضایت جنسی در حالتی که ارگاسم وجود داشته باشد یا وجود نداشته باشد، زمانی اتفاقی می­افتد که زمان تحریک به اندازه کافی طولانی باشد و زن بتواند مدتی در حالت لذت بردن و تمرکز جنسی باقی بماند و از حالت برانگیختگی جنسی، بدون هیچ پیامد منفی­ای مانند درد یا نگرانی لذت ببرد (37).

**2-1-2-مبانی نظری رفتار جنسی**

**2-1-2-1-نظام فرويد**

فروید میل جنسی را به­طور طبیعی در انسان همانند احساس گرسنگی و میل به غذا می­دانست. او میل جنسی را چنین تعریف کرد: میل جنسی مفهومی از یک تحریک بدنی و روانی است. منبع میل جنسی محرکی است که در یکی از اعضای بدن وجود دارد و هدف آن ارضاء و به ثمر رساندن تحریک بدنی و روانی است (38).

روان تحلیل­گری فروید بر دو سازه فکری بنیادی در قالب دو غریزه یا گرایش غریزی سرانجام دو نوع کشش با مبنای بدنی استوار است. دو غریزه یا کشش که ابتدا آن­ها را غریزه جنسی و غريزه تخریب نامید و سپس با گسترش­دادن مفاهیم پایه و جامعیت بخشیدن به آن­ها اصطلاحات غریزه زندگی و غريزه مرگ را به عنوان دو کشاننده بزرگ که یکی فرد را به فعالیت و سازندگی و همجوشی فرا می­خواند و دیگری او را به رکود و نیستی می­کشاند، برای آن­ها برگزید. این دو کشش بنیادی در هر فرد به درجات همسو یا در برابر هم حرکت می­کنند و جلوه­ها و سوگیری­های فرد را زیر تاثیر خود می­گیرند (39). دو سازه این نظام ناهشیاری و جنسیت است. بنابر اصل اول فرایندهای روانی به خودی خود ناهشیارند و بنابر اصل دوم برانگیختگی جنسی نقش مهمی در شکل گیری بیماری­های عصبی و روانی دارند و بین این دو اصل وابستگی قابل ملاحظه­ای وجود دارد (39). به اعتقاد فروید انگیزش اساسی رفتار انسان ساهیت جنسی دارد به عبارتی دیگر انسان موجودی لذت طلب است از سوی دیگر جوامع مانعی بر سر راه میل لذت طلبی انسان هستند به همین دلیل فرويد روش­هایی را مورد بحث قرار می­دهد که انسان بتواند سیل غریزه جنسی و محدودیت­های اجتماعی خودش، سازش ایجاد کنند. فروید در بررسی غریزه زندگی، عشق را به عنوان یکی از غرایز معرفی می­کند. او در تعریف عشق می­گوید: منظور از عشق، علاقه و محبتی است که قسمتی از آن به آمیزش­های جنسی می­انجامد اما همچنان احساس­هایی مانند عشق به خود، به پدر و مادر، دوستی نسبت به افراد دیگر، عشق نسبت به انسان­ها و برخی مفاهیم مجرد و حتی عشق به اشیاء عتیقه را در بر می­گیرد (40).

**2-1-2-2-روان شناسی تحلیلی یونگ**

مفهوم جنسیت یکی از ابعاد روان­شناسی یونگ است که در بحث ازسنخ­های کهن[[15]](#footnote-15) آن را تحت عنوان آنیما[[16]](#footnote-16) و آنیموس[[17]](#footnote-17) مطرح کرده است بنابر نظر یونگ همه ما خصایص زیست­شناختی و روان­شناختی غیر هم جنس را داریم. لحاظ زیست­شناختی، هر جنس دارای ترشح هورمونی جنس دیگر نیز هست و از لحاظ روان­شناختی، شخص ممکن است به شیوه­های مردانه و زنانه رفتار کند. از راه این سنخ­های کهن است که تا اندازه­ای می­توانیم ویژگی­های جنس مخالف را درک کنیم یا می­توانیم صفت­های معینی از آنان را دوست بداریم که در زیستن و انطباق با افراد غیر هم جنس ما را یاری کند. اهمیت سنخ­های کهن در آن است که هر کدام از این سنخ­های کهن باید امکان بروز یابند. یعنی مرد باید ویژگی­های زنانه خود (ملايمت) و زن ویژگی­های مردانه خود (مانند پرخاشگری) را همراه با ویژگی­های جنسی خود بروز دهد، تا شخص هر دو وجه خود را بیان و آشکار نسازد نمی­تواند به شخصیت سالم دست یابد. ویژگی­های مختلف شخصیت باید به­طور هماهنگ تکامل باید به­طوری که رشد هیچ­یک از ابعاد شخصیت مانع رشد سایر ابعاد شخصیت نشود (41).

**2-1-2-3-روان­شناسی فردی آدلر[[18]](#footnote-18)**

آدلر نیز مانند یونگ انگیزه اصلی آدمی را میل جنسی نمی دانست و میل به قدرت را کلید فهم آدمی معرفی کرد. فرويد به پدیده پرخاشگری غیر جنسی توجهی نکرد ولی نظریه آدلر درست بر محور همين موضوع دور می­زند. تفاوتی که بین این دو نظریه به چشم می­خورد این است که آدلر این استعدادها را به صورت آزارگری- آزارطلبی در نظر نمی­گیرد بلکه از آن­ها به عنوان "احساس کهتری" و آرزوی قدرت یاد می­کند و فقط جنبه­های معقول این پدیده­ها را می­نگرد. طرفداران فروید احساس کهتری را عشق از احساس اختگی یا قطع آلت تناسلی که ناشی از ترس ناهشیار در برابر از دست دادن آلت تناسلی خود و یا ناقص ماندن آن است. می­دانند. آدلر این مکانیسم را معکوس می­سازد و عقیده دارد که عقده اختگی مشتق از احساس کهتری است که بر دستگاه تناسلی یا تجربه جنسی مستولی و تثبیت می­شود (39). گرچه دل قبول نداشت که تمایلات جنسی محرک اصلی زندگی است اما به عنوان یکی از تکالیف زندگی آن را پذیرفت به نظر وی واقعیت زیستی این است که ما به صورت دو جنسی موجودیت پیدا کرده­ایم تکلیف زندگی آموختن این واقعیت است که هر دو جنس می­توانند در رابطه جنسی لذت و معنی متقابل بیابند. ما با تعریف نقش جنسی­مان بر پایه توصیف­ها و پندارهای قالی فرهنگی باید بکوشیم با جنس دیگر و نه جنس مخالف رابطه برقرار کنیم. (38).

**2-1-2-4-معنی درمانی فرانكل**

در این نظریه عشق تنها راهی است که با آن می­توان ژرفای وجود دیگری را یافت و کسی نمی­تواند از وجود و سرشت فرد دیگری کاملاً آگاه شود مگر آنکه عاشق او باشد. فرد می­تواند به وسیله این عمل انسانی و روحانی صفت­های شخصی و الگوی رفتاری محبوب خود را به خوبی دریابد و حتی چیزی را که بالقوه در اوست و باید تبلور باید، درک کند. وی محبوب را قادر خواهد کرد که به امکانات خود تحقق بخشد.

در معنی درمانی عشق پدیده­زاد نیست، یعنی پدیده­ای نیست که از پدیده­ی اصلی دیگری زائیده شده باشد. عشق به اصطلاح اعتلاء یافته­ی غریزه جنسی نیست بلکه خود مانند غريزه جنسی پدیده اصلی و ابتدایی است. میل جنسی معمولا حالتی است از بیان عشق و وقتی جایز و مقدس است که مرکبی برای عشق باشد. پس عشق اثر جانبی میل جنسی نیست بلکه میل جنسی راهی برای درک آن همدم­غایی است که عشق نام دارد (42).

**2-1-2-5-نظریه اریک فروم**

بر اساس نظریه فروم میل جنسی یکی از مظاهر رشد و تکامل آدمی است که از سال­های اولیه زندگی نمایان می­شود، زشت شمردن آن باعث واپس زدن میل جنسی و احساس گناه در کودک می­شود. در یک مقیاس گسترده، شکستن تابوی جنسی اقدامی است عصيانگر در جهت پس گرفتن استقلال شخصی ولی با این روش نمی­توان به آزادی بیشتری دست یافت. عصیانگری با ارضای میل جنسی و گناه ناشی از آن خاموش می­شود. تنها نیل به استقلال باطنی است که منتهی به آزادی شده و نیاز به عصیانگری بی­ثمر را پایان می­بخشد (43). فروم علی­رغم اینکه میل جنسی را رفتاری می­داند که دارای عناصری شبه غریزه است، عوامل موثر بر آن را ناشی از یادگیری و فرهنگ به شمار می­آورد. اریک فروم عشق را نتیجه رضایت کافی جنسی نمی­داند، بلکه کامیابی جنسی را نتیجه عشق می­شناسد او در مطالعه مشکلات جنسی این موضوع را نشان می­دهد و می­گوید: "مطالعه یکی از متداول­ترین مشکلات جنسی یعنی سرد مزاجی تن و ناتوانی جنسی مرد نشان می­دهد که علت واقعی این مشکلات ناآگاهی از روش­های درست جنسی نیست بلکه علت واقعی منع­هایی است که عشق را غیرممکن می­سازد". ترس یا تنفر از غیر همجنس از اساس این مشکلات است که موجب می­شود شخص خودش را کاملاً در اختيار طرف مقابل نگذارد، بی­پیرایه عمل نکند به شریک جنسی خود در صمیمیت و هم­آغوشی اعتماد نکند.

کسی که از نظر جنسی دچار منع شده است، اگر بتواند خود را از ترس یا تنفر برهاند و در نتیجه در عشق ورزيدن توانا شود مشکل جنسی وی نیز حل خواهد شد و اگر نتواند هرچه در روابط جنسی آزموده باشد، بی­حاصل است.

**2-1-2-6-نظریه کارن هورنای**

هورنای در مورد رابطه بین محبت و تمایل جنسی معتقد است که ارتباط بین محبت و تمایل جنسی یک ارتباط حتمی، ضروری و همیشگی نیست، یعنی نمی­شود گفت که این دو یک پدیده هستند یا ریشه و محرک واحدی دارند. به نظر وی محبت پدیده­ای کاملاً جدا از تمایل جنسی است که می­توان گفت تنها در بعضی موارد با یکدیگر ارتباط پیدا می­کنند و در یکدیگر تاثیر می­گذارند. گاهی تمایل جنسی وجود دارد بدون آنکه توام با محبت باشد. گاهی محبت وجود دارد بی­آنکه آمیخته به تمایل جنسی باشد مثل عشق مادر فرزندی، گاهی هم این دو مرتبط و آمیخته با یکدیگرند. گاهی یکی جانشین دیگری می­شود. گاهی یکدیگر را تقویت یا تضعیف می­کنند و به طریقی در یکدیگر تاثیر می­گذارند ولی مسلماً از دو مقوله متفاوت هستند (44). هورنای افراد عصبی را در سه گروه قرار داد که از آمیختگی احتیاج عصبی به محبت و تمایل جنسی پدید آمده­اند.

1. گروه اول با یک حالت ولع و عطش سیری ناپذیر و اجباری مداوم به دنبال ارضای شهوت هستند. از رفتار و حالت­های آنان می­توان فهمید که اینان به شدت احساس ناایمنی روحی، بی­پناهی و بی­کسی می­کنند و اگر حتی برای مدت کوتاهی امکان رفع شهوت برایشان پیش نیاید و با کسی رابطه جنسی برقرار نکنند فوق­العاده مضطرب و ناراحت می­شود.
2. این گروه که در عین حال به تمایل شديد و اجباری دارند به علت ترمز­ها و مشکلات درونی خود عملاً قادر به تماس­های جنسی نیستند و با وجود این با یک حالت بی­تفاوتی به هر کس که در تماس و رابطه آن­ها قرار گیرد گرایش پیدا می­کند.
3. گروه دیگر که در امور جنسی و اصولاً هرگونه تماس انسانی با این ترمزهای روحی هستند بی­اختیار و اجباراً به استمناء متوسل می­شوند. این­ها به دفع شهوت از طریق استمناء بیشتر لذت می­برند تا رابطه جنسی. این افراد علاوه بر مهرطلبی ویژگی­های زیر را نیز دارا هستند: سیری ناپذیری، اجباری بودن احتیاج­ها، بی­تفاوتی در انتخاب و ناهنجاری و ناسازگاری شدید (44).

**2-1-2-7-نظریه مزلو[[19]](#footnote-19)**

مزلو همچون بسیاری از روانشناسان دیگر، ارضای میل جنسی را برای بقای نسل بشر اساسی می­داند. او نیازهای انسان را در یک سلسله مراتب قرار می­دهد. نیاز جنسی بشر جزء نیازهای جسمانی محسوب می­شود مانند نیاز به آب، هوا و خواب. وی معتقد است که عشق و تمایل جنسی در افراد سالم در آمیخته­اند. اگرچه عشق و تمایل جنسی دو مفهوم کاملاً مختلف هستند و به هم آمیختن این دو مفهوم جایز نیست با وجود این در افراد سالم این دو مفهوم به هم می­پیوند و با هم می­آمیزند. در واقع می­توانیم بگوییم در زندگی افراد تحت آزمون ما، این دو مفهوم کمتر جدایی­پذیرند و از یکدیگر زیاد فاصله نمی­گیرند. ما نمی­توانیم مانند بعضی­ها بگوییم هر کسی که بتواند در فقدان عشق به لذت جنسی دست یابد، باید انسان بیماری باشد، لیکن مطمئناً می­توانیم در این جهت حرکت کنیم (45).

**2-1-2-8-نظریه وجود نگری (اگزیستانسیالیسم)**

تمایلات جنسی برای وجود نگرها کمتر از صمیمیت اهمیت دارد. آنها فرض می­کنند که اگر افراد آزادند صمیمی باشند، پس چنانچه تصمیم بگیرند جنسی باشند. آزادند که چنین باشند. و از دید آنان برخلاف روان تحلیل­گران تمایلات جنسی جوهر بشریت در نظر گرفته نمی شود اینکه بگوییم باید جنسی باشیم با نباید جنسی باشیم نادرست است. ما می توانیم از نظر جنسی آزاد باشیم یعنی آزادیم زمانی به امیال جنسیمان بگوییم آری که معتقدیم بهتر است بگوییم آری و آزادی به امیال جنسیمان بگوییم نه زمانی که بهتر است بگوییم نه. ما فقط در پاسخ به فرهنگ بسیار سرکوب­گرمان که از قدیم به امیال جنسی نه گفته است این برداشت نامعقول و تحریف شده را داریم که آزادی جنسی یعنی گفتن فقط آری. بهتر است که درمان جنسی وجودی را نوعی درمان شهواتی در نظر بگیریم زیرا درمان جويان ترغیب می­شوند کل بدنشان را به عنوان موجودات شهوانی احساس کنند که از لمس کردن و لمس شدن از سر تا نوک پا و نه فقط تناسلی به تناسلی لذت می­برند (38).

**2-1-2-9-نظریه فردمدار راجرز[[20]](#footnote-20)**

بنابر نظر راجرز جامعه ما به طور سنتی برای ارزش جنسی، شرایط بسیار محدودی وضع می­کند. این شرایط محدودکننده باعث شده است که افراد زیادی برای اینکه احترام بیشتری برای خود قائل شوند ارزش مسایل جنسی خود را نادیده بگیرند. شاید در واکنش به این ممنوعیت­های بیش از حد عليه جنسی بودن به افراط کشیده شویم و معتقد باشیم برای اینکه احساس با ارزش بودن بکنیم باید از لحاظ جنسی موفق باشیم. مرتباً در حالت اوج لذت جنسی باشیم، همیشه برانگیخته باشیم و روان­سازی و نعوظ خود را حفظ کنیم، هرگز سريعاً انزال نکنیم بلکه همیشه انزال کنیم. قسمت اعظم عملکرد جنسی که مسترز و جانسون (1970) توصیف می­کنند، درواقع بازتاب محدودکننده­ای است که می­گوید باید در روابط جنسی موفق باشیم نه اینکه طبیعی باشیم . فعالیت جنسی طبیعی به فعالیتی گفته می شود که نه عملکردگرا باشد نه هدف گرا. به عبارت دیگر در گرو یک رابطه صمیمی اتفاق بیفتد (38).

**2-1-2-10-نظریه گشتالتی پرلز[[21]](#footnote-21)**

از دید پرلز وقتی رابطه برقرار می کنیم، تفاوت ها را به عنوان فرصت هایی برای رشد نه دلایلی برای تعارض می پذیریم تفاوت ها موجب ناکامی می شوند اما گشتالتی ها از ناکامی به عنوان محرکی برای بالندگی بیشتر استقبال می کنند. وقتی رابطه برقرار می کنیم در عین حال می­پذیریم آنچه را که دوست داریم و دوست نداریم، از ویژگی های خود ماست. نباید همسرمان را به خاطر آن تحقیر کنیم. گرچه پرلز مطلب کمی درباره مطالب جنسی نوشته است، افراد دیگری مانند روزنبرگ (1973)[[22]](#footnote-22)، یک رشته تمرین ها را ابداع کردها­ند که به میل جنسی کمک می کند تا بدانند چگونه میل جنسی می تواند تجربه ای بسیار بیشتر از ارگاسم شناسی باشد . آگاهی از تنفس یکپارچه تر، حركات لگنی طبیعی­تر، نحوه واقعیت بخشیدن به خیال­پردازی­ها، نحوه لذت بردن از شوخی در آميزش جنسی و نحوه غرق شدن در ارگاسم، بخشی از کامل­تر کردن تجربه جنسی است (38).

**2-1-2-11-رویکرد شناختی**

عشق و صمیمت برای وجود انسان ضروری نیستند. به محض اینکه عشق را به صورت جير مطلق تعریف کنیم عشاق مضطرب پر توقع یا وایسته ای خواهیم شد. اگر به خودمان بگوییم که باید عشق بورزیم، سعی می کنیم کسانی را که منبع اصلی تغذیه کننده آن هستند، تصاحب کنیم. اگر آنها عشق خود را متوجه دیگران کشند، حسادت می ورزیم و چنانچه کسی از راه برسند و عشق ما را تصاحب کند و بدون آن نمی­توانیم به زندگی خود ادامه دهیم. میل جنسی به تقدس نیاز ندارد. میل جنسی تمایل کثیفی نیست که فقط با زاد و ولد، ازدواج با عشق توجیه شود. از نظر شناختی ها درست است که اگر آمیزش جنسی با رابطه صمیمی توام باشد برای افراد لذت بخش تر است، اما آنها می گویند که منطقی است اگر بپرسیم "چه دلیلی دارد که میل جنسی و عشق حتما باید با هم باشند؟

اصرار بر این امر که میل جنسی برای پاک بودن به عشق نیاز دارد، ظاهر نوعی آموزه انسانی است که در مواقعی یک گرگ اخلاقی را در لباس میش جلوه می دهد، نوعى عفت اخلاقی سرکوب گرانه اصرار می ورزد میل جنسی بر اساس ارزش والاتر و نه با لذتی که تولید می کند، موجه شود و میل جنسی صرفا می تواند برای تفریح باشد، میل جنسی می تواند ابزار گرایش طبیعی افراد به تولید لذت باشد و آزاد بودن در بهره مند شدن از این لذت عمیق به معنی نادیده گرفتن ممنوعیت های غیر منطقی جامعه ضدجنسی یا توقعات نامعقول جامعه پیشرفت گرایی است که ارزش افراد را با تعداد ارگاسم هایی که کسب می کنند یا تعداد شرکای جنسی آنها می­سنجد، یونگ که نظریه خود را از فروید متمایز قلمداد می کند و تاکید نظام خود را بر روی ناهشیار جمعی می گذارد باز در تبیین مفاهیم نظری خود به داده های روان تحلیل گری رجوع می کند. برای مثال در تبیین سنخ های کهن یعنی آنیما و آنیموس نیز زیاد از فروید فاصله نمی­گیرد و صرفاً بر جنبه دوگانه بشری یعنی زنانگی و مردانگی به پژوهش در اساطیر و افسانه­ها می پردازد که البته مفهوم پردازی وی دقیق و علمی است و اهمیت اساسی کار او نیز در همین جنبه­های بدیع و هوشمندانه است ولی اساس کار یعنی زنانگی و مردانگی توحید یافته در شخص که فروید نیز در تبیین همجنس­خواهی به آن پرداخته بود پا برجا مانده است.

هورنای نیز تنها به تاکید بیش از اندازه فروید به مساله جنسیت انتقاد وارد می کند ولی تحول روانی- جنسی فروید را می پذیرد و اساس کار نظری خود را بر بررسی شخصیت عصبی قرار می­دهد که دریافت او از ناهشيار و تظاهر این دریافت در مفهوم روان آزردگی، تفسیر خواب دیده­ها و نیز ادراک پویای او از مفهوم تنش است" (46).

مولفان بعدی نیز بیشتر بر همین مساله متمرکز شده اند به ویژه در رویکردهای وجود­نگری و شناختی­نگری که علی­رغم تفاوت های بنیادین در این زمینه همگرایی دارند.

اما دیدگاه آدلر یک نظام خاص روان شناسی را تحت لوای روان شناسی فردی به میدان آورده است که البته نه تنها فردی نبوده بلکه نوعی روان شناسی اجتماعی است. آدلر در تحول روانی فرد معتقد به زیر ساخت جنسی نبوده بلکه احساس کمتری را جایگزین لیدوی فروید می کند و همین تمایز اساسی، نظام وی را نه به عنوان شاخه ای از نظام روان تحلیل گری بلکه به عنوان نظامی متمایز و پویا که با تحقیقات پژوهشی فراوان پشتیبانی شد و کارآمدی خود را در میدان عمل به اثبات رسانده است، معرفی می کند. بسیاری از رویکردهای روان درمانگری مانند واقعیت درمانگری شناخت درمانگری، تحلیل ارتباط متقابل و... به طور مستقیم و غیر مستقیم وامدار نظام آدلر هستند.

در پایان می توان گفت در حوزه جنسیت، روان تحلیل گری البته با غنی سازی هایی که در آن به عمل آمده، پویایی خود را حفظ کرده و به عنوان یک نظام کارآمد و عمیق به سایر حوزه های شناخت بشری نیز نفوذ کرده است، در عرصه درمانگری که اساسا روان تحلیل گری به خاطر آن پدیده آمده است، دوباره به فروید روی آورده اند (39).

**2-1-3-مولفه های رضایت جنسی**

مطالعات نشان داده که رضایت جنسی، فعالیت های جنسی و علایق جنسی رابطه زیادی با رضایت زناشویی دارد. چنین مشاهده شده که مشکلات جنسی و عدم تفاهم زناشویی همراه هم آشکار می شوند، در حقیقت اکثر همسرانی که مشکلات جنسی و ناسازگاری جنسی دارند ، ناسازگاری زناشویی را نیز گزارش کرده اند و بیشتر مراجعینی که به درمان زناشویی ارجاع می شوند، نارضایتی در روابط جنسی­شان را گزارش می کند . در زمان تعارضات میان زوجین یکی از دو معیار فراوانی ارگاسم و میزان رابطه جنسی به سطحی کمتر از معمول کاهش می یابد. در هر حال مجموعه ای از عوامل شامل خصیصه های فردی و بین فردی بر رضایت جنسی تاثیر گذارند فقدان دانش جنسی یا اطلاعات نادرست درباره مسایل جنسی با افزایش آسیب پذیری فرد، زمینه ساز پیدایش نارضایتی جنسی می شود (47).

پارسای، زاهدی و مدرسی (1383)، میزان آگاهی زوجین نسبت به رابطه جنسی صحیح (سالم، مسئولانه و لذت­بخش) را مورد بررسی قرار دادند، تحلیل نتایج پژوهش آنان نشان داد که متوسط نمره اگاهی زوجین درباره هر سه بعد ارتباط جنسی ضعیف است. بیشترین نمره آگاهی در گروه­های بالاتر از دیپلم هر دو جنس بود و تحصیلات در بالا بردن میزان آگاهی نقش موثری داشته است. بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش 86% از آزمودنی ها نیاز به کسب اطلاعات از مراجع بهداشتی ذیصلاح را بسیار لازم دانسته اند و فقط 40% آموزش امور جنی سالم و صحیح را گناه می دانستند، 7/14% زنان از رابطه جنسی ترس نداشتند و در کل ترس از رابطه جنسی در زنان بیشتر از مردان بود. و در سال 1380 مقاله ای تحت عنوان بررسی میزان آگاهی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره ازدواج شمال و شرق تهران در مورد روابط جنسی صحیح ارائه شد. نتایج این پژوهش نشان می دهد که میزان متوسط آگاهی افراد مورد مطالعه در حد ضعیف می باشد. همچنین مشخص شد که افزایش سطح تحصیلات افراد، ارتباط معنی داری با افزایش میزان آگاهی آنها در مورد مسایل جنسی صحیح داشته است، اما میان سن و میزان آگاهی ارتباط معناداری مشاهده نگردید. در بررسی کلی خانم ها بیشتر از آقایان در امور جنسی اظهار بی اطلاعی کرده اند و متوسط آگاهی آنها نیز کمتر از مردان بوده است (48).

بی اطلاعی جنسی در زنان به کناره گیری و ترس از آمیزش جنسی می انجامد مانند این تصور که زن باید صبر کند تا مرد شروع کند و یا آمیزش جنسی الزاما دردناک است. مردان جوان نیز با تصوری نادرست از قدرت مهار انزال و این باور که هنجار بسیار طولانی تر از آن است که واقعا هست نسبت به سرعت رسیدن به اوج لذت جنسی بسیار نگران و مضطرب می شوند وضعیتی که به ایجاد و استمرار مشکلات نعوظ و انزال کمک می کند. در گروه های فرهنگی خاص وجود بعضی باورها می تواند به دشواری هایی بیانجامد که موجب نارضایتی جنسی شود. بشارت (1377)، تعدادی از آنها را برشمرده است. برای مثال این باور که: مسئولیت درخواست، اجرا و هماهنگی رابطه جنسی بر عهده مرد است و یا این باور که انجام رابطه جنسی در وضعیت های مختلف ناپسند است.

سراجی (1383)، نیز در بررسی عوامل موثر در ازدواجی که در آن رابطه جنسی وجود ندارد، چنین عنوان می کند که عوامل فرهنگی در بروز این اختلال نقش اساسی دارند که به موارد زیر اشاره می کند:

* عدم آموزش در مورد مسایل جنسی
* باورهای جنسی نادرست
* اطلاعات ناکافی جنسی
* اضطراب درباره عملکرد جنسی و مغایرت داشتن بعضی از اصول مذهبی با آن
* روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدود کننده والدین
* تعصبات خاص در رابطه با انجام عمل جنسی
* داشتن تجارب نامطلوب جی پیش از ازدواج

تحول روانی- جنسی هر فرد به طور عمیقی متاثر از بازخوردهای خانواده اش نسبت به جنسیت، رفتار جنسی و روابط شخصی است. در خانواده ای که مسایل جنسی یک راز مگو است و به منزله یک تابو تلقی می شود، فرد ممکن است آن را پلید و شرم آور بداند. بازخوردهای اجتنابی والدین نسبت به رابطه جنسی و تجویز آن صرفا برای تولید مثل و نه لذت طلبی، بازداری های شدید جنسی را در پی خواهد داشت.

بازخوردهای متفاوت زوجین در زمینه مسایل جنسی نیز مشکل آفرین می شوند تمایل یک همسر به آزمایشگری شکل های متنوع پیش نوازی، وضعیت­های متفاوت آمیزش و... با بازخوردهای اجتنابی و بازداری های شدید همسر دیگر در تعارض قرار می گیرد. بنابراین بررسی مشکلات بازخوردی، به دلیل نقش تعیین کننده اش در تداوم نارضایتی جنسی و به دلیل مقاوم بودنش در برابر تغییر، بسیار ضروری است. نگرانی شخصی در مورد کفایت اجرایی عملیات جنسی یکی دیگر از نیرومند­ترین تعیین کننده­های ناکنش­وری جنسی است. تاثیر اضطراب عملی، بیش از دیگر اختلالات جنسی در ناکنش وری نعوظ، انزال زودرس و اختلالات ارگاسمی قابل مشاهده است. پویایی اضطراب عملی در مورد زنی که با مشکل تجربه ارگاسم مواجه است این گونه است: افکاری چون "اگر زود ارگاسم نشوم شوهرم خسته می شود، از من زده می شود، به غرورش پر می­خورد و..." ذهنش را مشغول و آرامشش را مختل می کند و بدین سان بر اضطرابش می­افزاید. با وجود چنین افکاری و متقابلا تقاضاهای فزاینده مرد از زن در رسیدن به ارگاسم به منظور ارضای نیاز به موفقیت اجرایی خود، پدیده بالینی تظاهر به ارگاسم از سوی ون توجیه می شود و ادامه این روند موجب نارضایتی جنسی می شود.

نقش عوامل جسمانی، مانند الكليسم، دیابت، پیری، آسیب های عصب شناختی، داروها و... در ایجاد مشکلات جنسی به تحقیق ثابت شده است (49). گاه یک علت جسمانی مستقیما مسئول مشکل جنسی است، اما غالباً تاثیر روان شناختی وضعیت موجود، مانند احساس بیماری یا ناتوان پنداری، متغير واسطه ای تعیین کننده است.

پیدایی مشکل در رابطه جنسی در هر یک از مراحل سه گانه زندگی زناشویی (مرحله نخست: پنج سال اول، مرحله دوم: دوران رشد فرزندان و مرحله سوم: که زن و شوهر مجدداً تنها می­شوند، ممکن است موجب نارضایتی از زندگی زناشویی گردد. در مرحله تخت مشکلات جنسی معمولا منشاء عاطفی ندارند، بلکه به خاطر شیوه های نامناسب برقراری روابط جنسی هستند. در مرحله دوم مشکل جنسی خاصی پدیدار نمی گردد جز اینکه زن در پی تولد فرزندان با کاهش میل جنسی مواجه می شود و مقاربت دردناک ادامه می باید که این مساله می تواند موجب نارضایتی گردد. در مرحله سوم، کاهش میل جنسی مرد یا زن احتمالاً مشکلات پایداری را ایجاد می کند.

وانلانینگهام[[23]](#footnote-23)، جانسون و آماتو[[24]](#footnote-24) (2001)، چنین اظهار داشتند که رضایت زناشویی در دهه اول زندگی مشترک در سطح بالایی قرار دارد، سپس برای دهه های بعدی به طور چشم گیری کاهش می یابد و سپس بعد از گذشت چهل سال از زندگی زناشویی به حضور بی رویه­ای افت می کند. در مقابل، سایر مطالعات آشکار می کند که رضایت در زندگی مشترک در طول اوایل زندگی کاهش می یابد.

کارنی و فری[[25]](#footnote-25) (2002)، هم اظهار داشتند که این رضایت تمایل به کاهش دارد هر چند در موارد کمی در طول سال های اولیه زناشویی و بعد از آن افزایش می یابد.

تحقیقات کینزی معرف آن است که ارگاسم جنسی را 100% مردان ولی 70 تا 77% زنان تجربه می کنند. یافته های کینزی معرف اینست که هر چه بر میزان سال های زندگی مشترک زناشویی افزوده می شود، رضایت جنسی بیشتری حاصل می شود که این امر به میزان تطابق زن و شوهر با رفتارهای جنسی یکدیگر مربوط است (سعیدیان، 1382). تحقیقات استیون[[26]](#footnote-26) که روی 8500 نفر انجام شد، بیانگر آن است که دستیابی به ارگاسم جنسی برای زنان نه تنها به سازگاری جنسی، بلکه به رضایت از كل رابطه زناشویی ارتباط دارد و نتایج به دست آمده از تحقیقات استیون نشان می دهد که 34% از زنان ارگاسم را تجربه کردند 46% به ندرت به ارگاسم رسیدند و 20% هرگز ارگاسم را تجربه نکردند و در وضعیت های بدتری به سر می برند، نتیجه ارگاسم ناقص، مقاوت در رابطه جنسی و امتناع از برقراری ارتباط است (50).

مطالعات نشان می دهد 70% زوجین از مشکلات جنسی در روابطشان رنج می برند؛ همچنین 43% از زنان به نوعی مشکلات جنسی مبتلا بوده اند که اغلب در سنین 25 تا 50 سالگی رخ می دهد (51).

از تحقیقاتی که در مورد مدت زمان رابطه زناشویی و میزان رضایت جنسی، انجام شد و می توان نتیجه گرفت که عامل مهمتر از قدمت رابطه، کیفیت رابطه می باشد.

کیفیت رابطه زوجین نیز مولفه ای بسیار اثرگذار بر رضایت جنسی است. اسلفلی و مارکمن[[27]](#footnote-27) (2002) در توضیح اهمیت ارتباط تاکید دارند که ارتباط فعال و صمیمی، احساس امنیت در روابط جنسی را برای همسران به ارمغان می آورد نارضایتی های جنسی با ترس از بی­وفایی، حسادت ناتوانی در برقراری رابطه کلامی، سلطه گری، خشم، وابستگی و تعارض های مدام در زمینه های دیگر زندگی همبستگی دارد. متقابلا مشکل جنسی به معضلات رابطه ای جدید دامن می زند. وجود جو دائمی خشم و عصبانیت بین زوجین فرصت های شیرین و رمانتیک را سلب کرده و مجالی برای تحریک هوس جنسی و برقراری رابطه جنسی نمی ماند . تستا و لئونارد[[28]](#footnote-28) (2001) دریافتند که تجربه پرخاشگری لفظی سطح رضایت جنسی را کاهش می دهد و در نهایت امکان جدایی را افزایش می دهد. خشم ناگفته نیز به مشکلات جنسی می انجامد در این حالت یک یا هر دو زوجین به قهر کردن، سکوت های طولانی و یا نشان دادن ظاهری مودب و آرام اما باطنی پرتاب و تنش متوسل می شوند. میزان اعتماد طرفین به همدیگر نیز بسیار مهم است هر عامی که احساس اعتماد را تضعیف کند، انگیزش جنسی را تحلیل می برد.

فزون حمایتگری[[29]](#footnote-29) و وابستگی بین زوجین هم از خصیصه های رابطه ای مشکل زاست. در این وضعیت رابطه زوجین بیشتر به رابطه پدر/ مادر- فرزندی یا پرستار- بیمار شبیه است و هر نوع ارتباط جنسی به منزله شکستن نوعی تابو به حساب می آید.

یکی دیگر از مشکلات ارتباطی، دشواری گفتگو درباره رابطه جنسی است که در آن زوجین قادر نیستند درباره موضوعات جنسی ارتباط برقرار کنند تا بر سر اهداف و انتظاراتشان از یک رابطه جنسی به تفاهم برسند. پدیده ازدواج بدون رابطه جنسی، نمونه ای از این مشکلات است یکی از مشخصه های تعاملی این زوج ها این است که هم زن و هم مرد در برابر ابراز عواطفشان بازداری شده اند. يسلما و مارو[[30]](#footnote-30) (2006) بر اساس رابطه بین بیان احساسی و رضایت از زندگی زناشویی چنین گزارش می دهند که وجود مشکلاتی در بیان احساسات از سوی همسران، ادراک شریک زندگی از احساسات را تحت تاثیر قرار می دهد و بنابراین دارای تأثیر مهمی بر روی زندگی مشترک آنها است (52).

هرچند شاپیرو[[31]](#footnote-31) (2003) دریافت که تفاوت در نحوه بیان احساسی، تاثیری بر درجه رضایت از زندگی همسران ندارد. اولسون[[32]](#footnote-32) (2005) بیان می کند که یکی از مولفه های مهم و تاثیر گذار در آموزش جنسی این است که به افراد طریق گفتگو درباره تمایلات و نیازهای جنسی را بیاموزیم تا یاد بگیرند علایق یکدیگر را شناسایی کنند همچنین وی گزارش می دهد افرادی که رضایت جنسی بالایی دارند میزان بیشتری از معاشقه های کلامی را در حین رابطه جنسی گزارش داده­اند. طبق یافته های رسن و بچمن[[33]](#footnote-33) (2008) زنان با فعالیت و رضایت بالا در روابط جنسی به­طور مداوم نسبت بالایی از رضایت از رابطه و تعاملات کلامی۔ عاطفی، را گزارش دادند.

در همین راستا تولئدت و استاکس[[34]](#footnote-34) (1983)، عنوان می کنند که نزدیکی عاطفی، کلامی و جسمانی می تواند تا حدود زیادی شاخص رضایت­مندی زناشویی و جنسی باشد (52). آرگون[[35]](#footnote-35) (2006) در تحقیقی که از دانشجویان زن دانشگاه ترکیه به عمل آورد، مهم­ترین رفتارهای مورد علاقه آنان را در زمینه رابطه جنسی این گونه گزارش داد:

-نوازش شدن

-معاشقه های کلامی داشتن

-داشتن شور و هیجان جنسی

-پیش نوازی قسمت هایی از بدن به جز الت تناسلی

-تنوع وضعیت های[[36]](#footnote-36) برقراری رابطه جنسی

-غافلگیر شدن (زمان و مکان خاصی نداشته باشد)

-تماشای فیلم

-نوشیدن مشروبات الکلی

در همین راستا تحقیقات وی نشان داد که این عوامل همبستگی معنادار و مثبتی با شوهرانی که رضایت زناشویی و رضایت جنسی دارند، دارد.

گلاسر[[37]](#footnote-37) و همکارانش (2003)، به مطالعه تفاوت میزان زمانی که همسران با یکدیگر صحبت می­کنند، پرداختند و دریافتند که تفاوت بسیار مهمی بین همسران راضی و ناراضی وجود دارد . شوهرانی که ازدواج­های موفقی دارند نسبت به مردانی که از زندگی زناشویی خود ناراضی هستند، که زمان زیادی را صرف صحبت با زنان خود می کنند. هر چند بدون توجه به سطح رضایت زناشویی، تفاوتی در میزان زمانی که زنان صرف صحبت با شوهرانشان می کنند، وجود ندارد.

البته نباید از نظر دور داشت که تفاوت های جنسیتی زنان و مردان و به دنبال آن تفاوت در نوع نیازها و خواسته های جنسی نیز می تواند یکی از منابع ایجاد مشکل باشد.

مردان، فلسفي، کل نگر و اصولا واقع­بین­ترند، در حالی که زنان احساسی، جزء­نگر و اصولاً آرمانگراتر، رویایی و رومانتیک بوده مسایل ریز و جزئی را دقیق و با موشکافی خاصی بررسی می نمایند.

مردان به صرف در آغوش گرفتن زنی و حتی نگاه یا تفکر به او در بیشتر موارد خیلی زود به سراغ رابطه تناسلی می روند. این امر به خصوص از دیدگاه برخی از زنان و اکثریت دختران، جنبه حقير عشق را نشان می دهد. در حالی که زنان ممکن است در عشق جنسی، تماشای بدن، زیبایی چهره، جذابیت شخصیت و كلمات عاشقانه مردان غرق شده و حتی از عمل دخول الذت چندانی نبرند . بنابراین تفاوت زن و مرد در رفتار جنسی، به تفاوت های زیر برمیگردد:

* تفاوت در نوع و شكل تفکر در زن و مرد (مردان طالب ارضاء سريع و زنان طالب عشق بازی هستند).
* زنان غالبا رویاها و احساسات سرشاری دارند که آنها را از خشونت جنسی باز می دارد –
* زنان همواره آغازگر رابطه جنسی بوده، بدون اشارت های پیدا و پنهان آنها شروع رابطه جنسی، عملا غير ممکن است
* زنان رفتارهای پذیرندگی و مردان رفتارهای ایجادی و ایجابی از خود بروز می دهند.
* مردان رابطه خواه و عمل گرا[[38]](#footnote-38) و زنان تحيل گرا و عاطفی هستند.
* قدرت جنسی زیادتر زنان، لزوم و پذیرش تحریک طولانی و اعمال مکرر جنسی را روشن و توجیه میکند

رفتار جنسی اجتماعی زنان، در ظاهر منفعل است ولی مردان سريعا عقل باخته و حالات فاعلی آشکار و تهاجمی خشن به خود می گیرند (53).

علیایی زند (1382)، در تحقیقی نشان داد که به طور کلی مردان از زندگی زناشویی خود به صورت معناداری راضی ترند. شاید به این دلیل که هنوز که هنوز است زناشویی برای اغلب زنان، همه چیز زندگی و اما برای مردان تنها قسمتی از زندگی را تشکیل می دهد. بنابراین در چارچوب زندگی زناشویی، مردها سهل گیرتر و زن ها نکته سنج ترند.

در تحقیقی که توسط هاتفیلد[[39]](#footnote-39) و همکاران (1994) از دانشجويان دانشگاه در مورد رفتارها و فعالیت های مرتبط با شریک جنسی به عمل آمد، مشخص شد که تفاوت های جنسیتی قابل توجهی در بین زنان و مردان وجود دارد که عبارت اند از میل زيادتر زنان به استفاده از الكل و حالت های عاشقانه با شریک جنسی (این حالت ها در بین مردانی با تحصیلات دانشگاهی بیشتر دیده می شد). بر عکس زنان میل زیادتری به داشتن صمیمیت هیجانی، گفتگوهای رمانتیک و نشان دادن اشکال غیر تناسلی تحریکات جنسی دارند (در بین زنان با تحصیلات کمتر این حالت ها بیشتر دیده می شد ) (54).

راج و پولاک[[40]](#footnote-40) (1995) به این نکته اشاره می کند که پاسخ های جنسی زنان از نیاز آنها به صمیمیت ریشه می گیرد تا از تحریکات جنسی فیزیکی آنها اضافه می کند که نقش فرهنگ مخصوصا در زنان آنقدر رخنه کرده که حتی تاثیر آموزش ها و آگاهی ها را می تواند خنثی سازد و افراد با قرار گرفتن در محیط فرهنگی خود و با هر سطحی از آگاهی، دوباره به همان رفتارهای قالبی خود بر می گردند (54).

در تحقیقی دیگر دنی[[41]](#footnote-41) ، فيلد[[42]](#footnote-42) و گوادگن[[43]](#footnote-43) (1984) نتیجه گرفته اند که مردان بیشتر بر مقاربت و زنان بر آمادگی اولیه[[44]](#footnote-44) و پیش نوازی تاکید داشتند.

برادی[[45]](#footnote-45)، فيشر[[46]](#footnote-46)، و هس[[47]](#footnote-47) (2008). با انجام آزمایش بر روی 97 دانشجوی زن هلندی که سالم بودند نشان دادند زنانی که از نظر لامسه ای از حساسیت بالایی برخوردار بودند بیشتر درگیر رفتار جنسی می شوند و بیشتر از رابطه جنسی شان لذت می برند و راحت تر به ارگاسم می رسند. مشکلات جنسی می توانند نشانه ای از مشکلات روابط زوجین باشند و در هر مورد تاکید درمانگر آن است که به ترمیم تعارضات بین فردی آنان کمک کند، از سوی دیگر، این مشکلات می توانند في نفسه مایه دردسر باشند که در این صورت مستلزم آموزش جنسی، بازسازی شناختی، یا فراگیری مهارت های رفتاری هستند.

تنها بعد از آنکه تظاهرات جنسیت کودکان توسط فروید به اثبات رسید ، آموزش جنسی این حق را به دست آورد که به عنوان مساله ای اجتماعی موجودیت داشته باشد ، وجود مشکلاتی در زمینه مسایل جنسی مثل کمبود تمایلات، ناتوانی، انزال زودرس، ارگاسم دیررس و غیره چه بسا به خاطر ترس و اضطراب، شرم و خجالت با احساس بی کفایتی و گناه مخفی مانده باشد. در بسیاری از مواقع این مشکلات نهفته ممکن است خود را با علائم و عوارض دیگری مثل ناراحتی های جسمانی، افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و تا مرز اختلالات شدید خانوادگی و طلاق پیش رود.

اگرچه آموزش جنسی به تنهایی برای ایجاد بهبودی قابل توجه بالینی در اکثر درمانجویان ناکافی است یافته هایی که سودمندی آن را نشان می دهد موید این نکته است که آموزش جنسی در اثر بخشی برنامه نقش مهمی دارد.

در مطالعه کاپینوس[[48]](#footnote-48) وهمکاران (2003)، نتایج از آن بود که آموزش جنسی موجب پیشرفت در کارکرد جنسی و حتی موجب پیشرفت در وضعیت ارگاسم تعدادی از زنان گردید.

رهنما (1380)، تاثیر آموزش های حین ازدواج بر روی رضایت زناشویی پرداخت. یافته های این تحقیق نشان داد که آموزش های حین ازدواج تاثیر مثبت بر روی رضایت زناشویی دارد. بین مدت زمان ازدواج و رضایت زناشویی نیز همبستگی مثبت و معنی دار بوده اما بین سطح تحصیلات و شغل آزمودنی ها با سطح رضایت زناشویی آنها رابطه معنی دار مشاهده نشد.

اولری و آریائس[[49]](#footnote-49) (1983) تاثير زوج درمانی شناختی- رفتاری را بر رضایت جنسی 44 زوج مشکل دار مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که با این روش رضایت جنسی و رضایت زناشویی به طور معناداری افزایش پیدا می کند. در تحقیق انجام شده 40% از زوج ها درگیر مشکلات جنسی بودنده اما خواه زوجین در زمینه مسائل جنسی مشکل داشته یا نداشته باشند، تاثیر زوج درمانی شناختی رفتاری، مثبت گزارش شده است ، در ادامه آنان گزارش دادند که با این روش درمانی احساسات مثبت نسبت به همسر، میزان تعاملات کلامی مطلوب و همکاری بین زوج ها به طور معناداری نسبت به دوره قبل از درمان افزایش یافته است.

پانيز (1383) نیز معتقد است که روابط جنسی مطلوب بر پیوند عاطفی و نیز بر کیفیت کلی رابطه تاثیر می گذارد و تاثیر می پذیرد. وی در بررسی هایش به این نتیجه رسیده که رابطه جنسی ضعیف در مردان بیش از زنان موجب کاهش رضایت زناشویی می گردد.

جابری (1376)، به بررسی نقش آموزش در درمان زنان مبتلا به فوبیای جنسی پرداخته است، ایشان از تکنیک های شناختی- رفتاری در این آموزش ها استفاده کرده اند و به این نتیجه رسیدند که اگاهی و شناخت افراد در مورد مشکلات جنسی، آنها را نسبت به مشکلاتشان آگاه می کند و درمان درست و بهتر را برای مشکل خود می شناسد و همان را برای رفع علائم خود پیگیری می کنند.

همچنین بازسازی شناختی به رفع مشکلات جنسی آزمودنی ها انجامید که شامل واژینیسم، ارگاسم بازداری شده و اجتناب جنسی بود . در مطالعه دیگر نشان داده شده است که آموزش جنسی در مردان مبتلا به مشکلات نعوظی، سودمند بوده است، بهبودی به صورت موفقیت در دخول، کاهش اضطراب جنسی و پیشرفت در کار کرد جنسی به دنبال برنامه آموزش جنسی چهار جلسه ای حاصل شده است (55).

نجاتییان، باقری و شرقی (1383) در یک مطالعه طولی به بررسی تاثیر آموزش روابط جنسی، آموزش روابط عاطفی و آموزش پیشگیری از بارداری پرداختند. آنان در نتایج پژوهش خود بیان می کنند که این آموزش ها، آگاهی جوانان در حال ازدواج را به طور معناداری افزایش داده اند و می تواند به عنوان یک ابزار مهم در پیشگیری از ناسازگاری زناشویی و عواقب ناخواسته باشد. فرنام و پاک گوهر (1383). در تحقیق خود که به بررسی تاثیر مشاوره قبل از ازدواج بر بهداشت جنسی و رضایت از ازدواج پرداخته بودند. به این نتیجه رسیدند که بهداشت جنسی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی در زوجین گروه آزمایش به طور معناداری از گروه شاهد بالاتر بود.

ازگلی و همکاران (1383). رضایت و نگرش نسبت به رابطه جنسی را در زنان بررسی کردند این تحقیق بر روی 406 نفر انجام گرفت. میانگین سنی آنها 27 و مدت ازدواج آنها 8 سال و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها متوسط بود ،5/62 % افراد مورد مطالعه از رابطه جنسی با همسر خود رضایت نداشتند و 5/85 % افراد مورد مطالعه از رابطه جنسی نگرش مثبت داشتند. با افزایش سن تا 330 سال میزان رسیدن به ارگاسم بیشتر و بعد از آن کاهش یافته بود . با افزایش سن زنان هنگام ازدواج نگرش مثبت به رابطه جنسی افزایش یافته بود. مدت ازدواج با نگرش رابطه ای نداشت اما با رضایت رابطه معکوس داشت، همچنین وضعیت اجتماعی اقتصادی بالاتر با ارگاسم و نگرش رابطه معنی دار داشت.

در خصوص آموزش مهارت های جنسی فرض اساسی در رویکرد مسترز و جانسون[[50]](#footnote-50) (1970) آن است که چیزی به نام شریک جنسی بی تقصیر در رابطه ای که نوعی نارسایی جنسی در آن به چشم می خورده وجود ندارد. به خاطر همین فرض است که رویکرد مذبور در چارچوب نظریه سیستم ها قرار می گیرد. آنها معتقد بودند که هر بدکاری لاجرم تا حدودی یک مشکل ارتباطی است. آنها روی آموزش زوجین کار میکردند و قرار می گذاشتند که این آموزش ها را در بیرون جلسه درمان کار کنند و به آنها روش توجه به مراکز حساس آموخته می شد، یعنی لمسی و کاوش بدن یکدیگر، بدون احساس فشار برای عمل جنسی با رسیدن به اوج لذت جنسی، تمرین توجه به نقاط حساس بدن، بدین خاطر ارائه می شد که به جای اضطرایی که پیش از این با درخواست های مربوط به تحریک جنسی یا آمیزش توام بود. زوجین برای یکدیگر ایجاد لذت کنند، ارزش نهایی این روش در آن بود که در آینده بدون ایجاد اضطراب راجع به عمل جنسی، سطوح بالاتری از تحریک جنسی فراهم می آمد.

بر خلاف مسترز و جانسون که از زوجین می خواستند دو هفته تحت درمان شبانه روزی قرار بگیرنده کاپلان با موفقیت زوج ها را به صورت سرپایی و هفته ای یک یا دو بار برگزاری جلسات درمان می کرده فنونی که کاپلان به کار می گرفت از تنوع برخوردار بود و شامل روش های رفتاری (حساسیت زدایی منظم فنون آرمیدگی، بازسازی شناختی) روان درمانی پویشی و مداخلات سیستمی خانواده می شد.

یکی از مسائلی که در درمان جنسی از اهمیت ویژه ای برخوردار است و کارهای اولیه را به خود اختصاص داد، تغییر نگرش افراد به مسائل جنسی بود. کودکان یاد می گیرند که گناه و شرم را با رابطه جنسی تداعی کنند و این سهم مهمی در اختلالات جنسی دارد . نباید از نظر دور داشت که ارزش ها نگرش هاء احساسات، انتظارات و خیالبافی های جنسی تاثیر ویژه ای بر رضایت جنسی دارند و در جریان بازسازی شناختی باید مورد توجه خاص قرار گیرند (56).

خیلی کار آسانی نیست که این افکا رها و نگرش های باطل را بی اثر بسازیم. گاه فرد نادرست بودن باورهایش را می پذیرد اما این افکار به قدری قوی هستند و حمایت فرهنگی - اجتماعی زیادی دارند که در عمل نمی توان شكل صحيح آن را پیاده کرد.

امروزه فنونی را که رفتار گراهای شناختی به کار می گیرند عبارتند از: توجه به نقاط حساس، حساسیت زدایی منظم با استفاده از سلسله مراتب موقعیت های جنسی که در قالب تصاویر ذهنی آرام بخش/ تحریک کننده ارایه می شود. آموزش گفتگو و پیام رسانی که به زوجین یاد می دهد طرف مقابل را به ارتباط جنسی دعوت و یا دعوت وی را رد کنند و گفتگو در هنگام روابط جنسی در مجموع، رفتارگرایان شناختی در پی تمرین های خاص برای هر یک از طرفین هستند یا این هدف که بر احساس ها و تصاویر ذهنی منفی و خودشکنی که درباره تجارب جنسی دارند. غلبه کند (57).

علوم اجتماعی[[51]](#footnote-51) اهمیت درک ازدواج را هم چنانکه توسط مطالعات گسترده ی اجرا شده روی این موضوع، مستند شده است، شناسایی کرده اند. با این حال، پژوهشگران ازدواج، تصمیم به متمرکز کردن توجه شان بر روی رضایت و پایداری گرفته اند، در حالی که مطملنا رضایت و پایداری از پیامدهای دارای اهمیت و پایداری از پیامدهای دارای اهمیت در ازدواج هستند، متغیرهای دیگر سزاوار توجه فزاینده ای هستند. مخصوصا متغیری که شایسته توجه بیشتری خواهد بود، تعهد زناشویی است.

به اعتقاد شرود[[52]](#footnote-52) (2008) ازدواج سالم به معنی حضور چندین عنصر مثل تعهد[[53]](#footnote-53) و رضایت زناشویی و ارتباط و عدم وجود عناصری نظير خشونت و خیانت است. به نظر می رسد هم تعهد نسبت به همسر و هم تعهد به نهاد ازدواج برای موفقیت یک ازدواج مهم باشد (57).

همچنین تحقیقات متعددی به این موضوع پی برده اند که تعهد زناشویی همسران، پیش بینی کننده مهم ازدواج های پایدار و رضایت بخش است. رابینسون و بلانتون[[54]](#footnote-54) (1993) از 50 زوجی که حداقل 30 سال از مدت تاهل آنها می گذشت خواستند که درک شان را از ویژگی هایی که رابطه شان را در زمان نزدیکی و تشنج های رابطه حفظ کرده است، بیان کنند. خصایص کلیدی شناسایی شده عبارت بودند از: صمیمیت متعادل شده یا خودمختاری، تعهد، ارتباط، جهت گیری مذهبی و درک هماهنگ از رابطه با توجه آنچه ذکر شد تعهد جزء عوامل عمده تشکیل خانواده سالم و با دوام است.

کلمنتس و اسونسون[[55]](#footnote-55) (2000) دریافتند که تعهد نسبت به همسر قوی ترین پیش بینی کننده کیفیت زناشویی[[56]](#footnote-56) است. فنل[[57]](#footnote-57) (1993) دریافت که تعهد مادام العمر به ازدواج ویژگی ای است که به صورت مکرر توسط مشارکت کنندگان در ازدواج های موفق و بلند مدت به عنوان با اهمیت تلقی شده است . پاسخ دهندگان به مطالعه ای مشابه، تعهد را در درجه دوم اهمیت رتبه بندی کردند (58) این یافته ها نقش مهم تعهد به رابطه را در کیفیت زناشویی نشان می دهند.

تعهد زناشویی حدی است که در آن افراد دیدگاه بلند مدتی روی ازدواجشان دارند. برای رابطه شان فداکاری می کنند، برای حفظ و تقویت همبستگی اتحادشان قدم بر می دارند و با همسرشان هنگامی که حتی ازدواجشان پاداش دهنده نیست می مانند (59).

در گذشته های دور در آمریکا ازدواج به عنوان یک تعهد بلند مدت پنداشته می شد، در 20 سال اخیر تعهد هم در تئوری های روابط شخصی و هم در تحقیق روی روابط شخصی توجه ای را دریافت کرده است ، به هر حال در مقایسه با سازه های دیگر مرتبط با روابط زناشویی در ادبیات آزمایشی (مانند رضایت زناشویی، ارتباط) و تعهد زناشویی کمتر تحت تحقیق قرار گرفته است (59). در زمینه یابی تلفنی اکلاهاما[[58]](#footnote-58) از 2300 نفر از ساکنان اکلاهاما که طلاق گرفته بودند سوال شد که چه چیز موجب طلاق آنها شده است؟ از 10 عامل معرفی شده 85 درصد آنها فقدان تعهد و 58 درصد خیانت و یا روابط فرا زناشویی که رابطه نزدیکی با فقدان تعهد دارد را دلیل عمده برای طلاق خود دانسته اند.

## 2-2-بررسی متون

1. در مطالعه رحمانی و همکاران در سال 1390 با عنوان " ارتباط رضايت جنسي و رضايت از زندگي زناشويي" نتايج نشانگر آن بود که رضايت از زندگي زناشويي با رضايت جنسي ارتباط معني دار دار (01/0=P). همچنين رضايت جنسي با فاصله سني زوجين (04/0=P)، مدت زمان ازدواج (05/0=P) و وضعيت اعتياد (007/0=P) واحدهاي مورد پژوهش ارتباط معني دار داشت. به علاوه، بين رضايت از زندگي زناشويي و فاصله سني زوجين، ارتباط آماري معني دار ديده شد (01/0=P) اين در حاليست که بين ديگر متغيرهاي مورد بررسي (سن، جنس، وضعيت بارداري، تعداد فرزندان، سطح تحصيلات، وضعيت اقتصادي، مدت زمان ازدواج، استفاده از روش پيشگيري از بارداري و وضعيت اعتياد) با رضايت جنسي و رضايت از زندگي زناشويي ارتباط آماري معني دار ديده نشد. (30)
2. در مطالعه بخشایش و همکارش در سال 1388 با عنوان " رابطه رضايت جنسي، سلامت عمومي و رضايت زناشويي در زوجين" نشان دادند همبستگي بين رضايت جنسي و رضايت زناشويي مثبت است، اما اين دو متغير با سلامت عمومي رابطه ندارند. همچنين تفاوت زنان و مردان (زن و شوهرها) از لحاظ اين متغيرها معنادار نبود. رابطه ميزان تحصيلات با رضايت جنسي معنادار بود، ولي با رضايت زناشويي و سلامت عمومي معنادار نبود. رابطه مدت زمان ازدواج با رضايت زناشويي و سلامت عمومي زوجين معنادار نبود، اما با رضايت جنسي رابطه معنادار و معکوس داشت، به طوري که افراد با مدت زمان ازدواج کمتر، رضايت جنسي بالاتري را گزارش کردند.  نتیجه گیری این شد که چون همبستگي بين مدت زمان ازدواج و رضايت از روابط جنسي منفي است، ممكن است بالارفتن سن آزمودني ها باعث کاهش توانايي و ميل آن ها به روابط جنسي شود. علاوه بر آن از بين رفتن تازگي طرفين براي يکديگر نيز مي تواند يک عامل مهم و تاثيرگذار در اين زمينه باشد.(31)
3. در مطالعه محمدخانی و همکاران در سال 1389 با عنوان " رابطه خشونت جنسي و نگرش هاي زناشويي و همراهي انواع خشونت در روابط زناشويي" 230 زوج با روش نمونه گيري خوشه اي چندمرحله اي در قالب يک طرح زمينه يابي، به پرسش نامه زمينه يابي نگرش زناشويي و مقياس تجديدنظرشده تاكتيك هاي تعارضي پاسخ دادند. تجربه حمله جسماني و پرخاشگري روان شناختي با احتمال افزايش تحميل جنسي به ويژه در زنان همراه بود (p<0.001). در زنان قرباني تحميل جنسي، اسناد عليت به رفتار خود، انتظار بهبود رابطه و توانايي ادراک شده براي تغيير رابطه کمتر از زنان غيرقرباني بود (p<0.05). نتیجه‌گیری این شد که احتمال تجربه تحميل جنسي، در صورت رويارويي با ديگر انواع خشونت، به ويژه در زنان افزايش مي يابد. نگرش هاي زناشويي نارسا نقش قابل توجهي در شكل گيري و تداوم خشونت زناشويي ايفا مي كند.(32)
4. در مطالعه لطیفی و همکاران در سال 1392 با عنوان " بررسي خشونت عليه همسر و عوامل اجتماعي موثر بر آن در خانواده هاي تهراني"  33/6 درصد زنان شرکت کننده در مطالعه حداقل در طول یکسال اخیر خشونت جسمی را تجربه کرده‌اند، همچنین مشخص گردیدکه بین متغیرهای سن خانم، ازدواج مجدد خانم، جنسیت فرزندان، فرزندخوانده داشتن، درآمد، مالکیت اموال خانم، حساب بانکی جدا، نوع ازدواج با اعمال خشونت رابطه معناداری وجود دارد.  تحصیلات پایین، فقر عامل بروز بیشتر خشونت خانگی بوده است. برای مبارزه با خشونت به عنوان یک چالش جهانی باید آگاهی افراد جامعه به خصوص مردان را در مورد حقوق زنان افزایش دهیم و نیاز به آموزش قبل ازدواج به زوجین در مورد حقوق زن و شوهر در مقابل هم و حمایت از زنان و ایجاد محیط‌ها و مراکز مشاوره و روان درمانی برای افرادی که مورد خشونت واقع شده‌اند، می‌باشد. (33)

# 

# فصل سوم

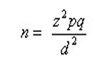
# مواد و روش کار

## 3-1-نوع مطالعه

این مطالعه یک مطالعه ی مقطعی (Cross Sectional) از نوع توصیفی-تحلیلی بود. این مطالعه از مهر ماه 1398 الی شهریور 1399 و در مراکز بهداشت شهری و روستایی به انجام رسید.

## 3-2-جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری

در این مطالعه جامعه آماری کلیه زنان ساکن در حاشیه شهر اردبیل بود که به مراکز بهداشتی شهری روستایی مراجعه کردند. روش نمونه گیری به صورت طبقه ای بود که طی آن از هر واحد بهداشتی تعدادی را به عنوان نمونه انتخاب و وارد مطالعه کردیم. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران محاسبه شد. در نهایت 200 نفر از 20 مرکز بهداشت انتخاب و وارد مطالعه شدند. از هر مرکز به صورت تصادفی 10 نفر از طریق پرونده ها انتخاب و وارد مطالعه شدند.



در فرمول کوکران:

حجم نمونه =n

مقدار متغیر نرمال واحد استاندارد (در سطح اطمینان 95 درصد) 1.96 = Z

جامعه آماری با وجود متغیر 5% = p جامعه آماری بدون وجود متغیر q = (1-p)= 95%

مقدار اشتباه مجاز یا درصد خطا 05/0 = d

## 3-3-روش گردآوری اطلاعات

پرسشنامه رضایت جنسی لارسون. برای بررسی یک ابزار بصورت پرسشنامه می بایست روایی و پایایی ابزار مورد ارزیابی قرار گیرد. روایی (Validity) بدین معناست که روش یا ابزار به کار رفته تا چه حد می تواند خصوصیت مورد نظر را درست اندازه گیری کند. بعبارت دیگر روایی به این سوال پاسخ می دهد که ابزار اندازه گیری تا چه حد ویژگی یا خصیصه مورد نظر را می سنجد. پایایی (Reliability) نیز به معناست که ابزار به کار رفته در شرایط مشابه تا چه حد دقت، قابلیت تکرار پذیری و قابلیت اعتماد دارد. برای بررسی روایی در ابتدا نیازمند ارزیابی بصورت روایی محتوا و صوری است که براساس نظرات خبرگان در زمینه تحقیق و پس از تایید مدل مفهومی تحقیق صورت می گیرد. در ادامه برای ارزیابی ساختار ریاضی ابزار مورد استفاده از روایی سازه و با نمونه گیری از جامعه هدف کمک گرفته می‌شود. روایی سازه به دو صورت تحلیل عاملی اکتشافی (Exploratory Factor Analysis: EFA) و یا تحلیل عاملی تاییدی (Confirmatory Factor Analysis: CFA) بررسی می شود. برای ارزیابی پایایی نیز از شاخصهای متنوعی استفاده می شود که پرکاربردترین آن شاخص آلفای کرونباخ (Cronbach’s Alpha) می باشد. برای ارزیابی میزان خشونت جنسی از یک پرسشنامه محقق ساخت با 18 سوال استفاده شده است که ارزیابی آن از نظر روایی و پایایی (که در ایران انجام شد) به تفصیل آورده شده است. روش گرد آوری اطلاعات به اینگونه بود که هر یک از خانم هایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتندبه مراکز بهداشت مراجعه کردند (تعداد کل مراکز بهداشت 20 مرکز بود) و دو پرسشنامه رضایت و خشونت جنسی را تکمیل کردند.

پرسشنامه رضایت جنسی لارسون بوسیله لارسون و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است( به نقل از شاه سیاه، شمس مفرحه، محبی و تبرایی، ۱۳۸۹) که شامل ۲۵ سئوال به روش پاسخدهی ۵ گزینه ای لیکرت می باشد و رضایت جنسی به صورت کلی را می سنجد. آلفاي محاسبه شده براي این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت ۵ گزینه ای و بر اساس یک مقیاس لیکرتی از یک تا ۵ است که گزینه هرگز نمره ۱، گزینه به ندرت نمره ۲، گاهی اوقات نمره ۳، اکثر اوقات نمره ۴ و همیشه نمره ۵ را دریافت می کنند. که شماره سوالات زیر به این شکل نمره گذاری می شوند: ۱-۲-۳-۱۰-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲ و ۲۳٫ و سایر گزینه ها به صورت معکوس نمره گذاری می شوند: به عبارتی سوالات شماره های ۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۴ و ۲۵ به صورت زیر نمره گذاری می شوند: گزینه هرگز نمره ۵، گزینه به ندرت نمره ۴، گاهی اوقات نمره ۳، اکثر اوقات نمره ۲ و همیشه نمره ۱ را دریافت می کنند. بر اساس این پرسشنامه نمره ها به طور کلی بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می گیرد و طبقه بندي رضایت جنسی به سطوح عدم رضایت جنسی(نمرة کمتر از ۵۰)، رضایت کم (نمره بین ۵۱ تا ۷۵)، رضایت متوسط(نمره بین ۷۶ تا۱۰۰) و رضایت زیاد(نمره بالاتر از ۱۰۱ به بالاست). شايان ذكر است كه در مطالعة شمس مفرحه(۱۳۸۰) با عنوان “بررسي تأثير مشاورة زناشويي بر رضايت جنسي زوجين” روایی و پایایی اين پرسشنامه به ترتیب ۹۰/. و ۸۶/. گزارش شده است. همچنین طی پژوهش بهرامی تحت عنوان بررسي ارتباط رضايت جنسي و افسردگي بين زوجين بارور و نابارور ، پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بارور۹۳/. و برای گروه نابارور ۸۹/. بدست آمده است.

## 3-4-معیارهای ورود به مطالعه

* زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل
* داشتن حداقل سواد برای پاسخگویی به سوالات
* سلامت جسمی و روانی
* گذشت حداقل 2 سال از تشکیل زندگی (زمان ازدواج)
* تمایل به شرکت در مطالعه

3-5-معیارهای خروج از مطالعه

## عدم تمایل به شرکت در مطالعه

* هرگونه نارضایتی جنسی ناشی از اختلال جنسی، سایکوتیک، MR

## 3-6-ملاحظات اخلاقی

انجام مطالعه بعد از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق شروع شد.

شرکت بیماران در مطالعه کاملا داوطلبانه و با اخذ رضایت آگاهانه بود.

به بیماران اطمینان کامل داده شد که در صورت عدم تمایل می توانند از مطالعه خارج شوند.

به بیماران اطمینان کامل داده شد که اطلاعات آنها بصورت محرمانه خواهد ماند.

کد اخلاق: IR.ARUMS.REC.1398.529

## 3-7-محاسبات آماری

## در این مطالعه برای تعیین روایی سازه در این مطالعه از روش تحلیل عاملی اکتشافی (Exploratory Factor Analysis) و برای تعیین پایایی نیز از شاخص آلفای کرونباخ (Cronbach’s Alpha) استفاده شد همچنین در این مطالعه از جداول توصیفی با شاخص های تعداد و درصد برای متغیرهای کیفی و شاخصهای میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی استفاده شد. تمامی متغیرهای کمی (نمره کل و نمره سازه های پرسشنامه) توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) برای نرمال بودن توزیع داده ها ارزیابی شد. با توجه به نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون پارامتریک (Parametric Test) همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Test) برای تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی استفاده شد. تمامی تحلیل های آماری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ اجرا گردید و سطح معنی داری آماری نیز ۰.۰۵ تعیین شد.

## 3-9-جدول متغیرها

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام متغیر | مستقل | وابسته | کمی | | کیفی | | تعریف کاربردی | مقیاس |
| پیوسته | گسسته | اسمی | رتبه ای |
| خشونت | \* |  |  |  |  | \* | خشونت حالتی از رفتار است که با استفاده از زور فیزیکی یا غیر فیزیکی فرد خشن خواسته خود را به دیگران تحمیل می‌کند. | رتبه‌ای |
| رضایت زناشویی |  | **\*** |  |  |  | **\*** | میزان رضایتمندی زوجین از زندگی زناشویی بر اساس پرسشنامه | **رتبه‌ای** |
| زنان متأهل | \* |  |  |  | \* |  | زنانی که ازدواج کرده‌اند و همسرشان در قید حیات است | اسمی |
| سن | \* |  | \* |  |  |  | براساس زمان سپری شده از زمان تولد (بر حسب سال) | نسبتی |
| میزان تحصیلات | \* |  |  |  |  | \* | بی سواد، ابتدایی، دیپلم، دانشگاهی | رتبه ای |
| طبقه اجتماعی-اقتصادی | \* |  |  |  |  | \* | طبقه اجتماعی اقتصادی پایین، متوسط، بالا (بر اساس میزان درآمد) | رتبه ای |
| شغل | \* |  |  |  | \* |  | بر اساس گزارش فرد | اسمی |
| نوع مسکن | \* |  |  |  | \* |  | بر اساس گزارش فرد (شخصی، اجاره ای، دیگر) | اسمی |
| چندمین فرزند خانواده | \* |  |  | \* |  |  | بر اساس گزارش فرد از خانواده پدری | فاصله ای |
| آشنایی قبل از اردواج | \* |  |  |  | \* |  | بر اساس گزارش فرد (بله،خیر) | اسمی |
| نوع ازدواج | \* |  |  |  | \* |  | سنتی، اجباری، ایده آل، دوستانه | اسمی |

# 

# فصل چهارم

# نتایج

## 4-1-آمارتوصیفی

مطالعه حاضر بر روی ۲۰۰ نفر از زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل اجرا شد. با توجه به هدف مطالعه در ابتدا به بررسی عوامل جمعیت شناختی و زناشویی به کمک جداول فروانی و شاخص‌های تعداد (٪) پرداخته می شود.

جدول1-4 اطلاعات جعیت شناختی (دموگرافیک) زنان شرکت کننده و همسرانشان در مطالعه

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | تعداد  N | | درصد  % | |  | | | تعداد  N | | درصد  % | |
| سن | 15-20 سال | | 34 | | 17.0 | | سن همسر | 15-20 سال | | 4 | | 2.0 |
| 21-25 سال | | 49 | | 24.5 | | 21-25 سال | | 17 | | 8.5 |
| 26-30 سال | | 49 | | 24.5 | | 26-30 سال | | 62 | | 31.0 |
| 31-35 سال | | 31 | | 15.5 | | 31-35 سال | | 48 | | 24.0 |
| 36-40 سال | | 19 | | 9.5 | | 36-40 سال | | 34 | | 17.0 |
| 41-45 سال | | 13 | | 6.5 | | 41-45 سال | | 19 | | 9.5 |
| 46-50 سال | | 5 | | 2.5 | | 46-50 سال | | 16 | | 8.0 |
| تحصیلات | ابتدایی | | 4 | | 2.0 | | تحصیلات همسر | ابتدایی | | 2 | | 1.0 |
| راهنمایی | | 29 | | 14.5 | | راهنمایی | | 14 | | 7.0 |
| دبیرستان | | 23 | | 11.5 | | دبیرستان | | 16 | | 8.0 |
| دیپلم | | 62 | | 31.0 | | دیپلم | | 71 | | 35.5 |
| دانشگاهی | | 82 | | 41.0 | | دانشگاهی | | 97 | | 48.5 |
| شغل | بیکار | | 133 | | 66.5 | | شغل همسر | بیکار | | 1 | | 0.5 |
| کارمند | | 39 | | 19.5 | | کارمند | | 60 | | 30.0 |
| آزاد | | 28 | | 14.0 | | آزاد | | 139 | | 69.5 |
| میزان درآمد | کم | | 140 | | 70.0 | | میزان درآمد همسر | کم | | 19 | | 9.5 |
| متوسط | | 58 | | 29.0 | | متوسط | | 139 | | 69.5 |
| زیاد | | 2 | | 1.0 | | زیاد | | 42 | | 21.0 |

بیشترین تعداد شرکت کنندگان در مطالعه‌ی حاضر در دامنه‌ی سنی 21 تا 30 سال که بیشتراقراد دارای تحصیلات دانشگاهی و بیکار و با میزان درآمد کم می‌با شند. کمترین تعداد شرکت کنندگاان در دامنه سنی 31تا 35 سال دارای تحصیلات دبیرستانی، شاغل و از درآمد بالا برخوردار هستند. بیشترین دامنه سنی همسران مراجعه کننده مربوط به دامنه سنی بیش از 36 سال و کمترین دامنه مربوط به دامنه سنی کمتر از 20 سال می‌باشد.

بیشترین تعداد تحصیلات همسران مراجعه کننده مربوط تحصیلات دانشگاهی می‌باشد. و کمترین تعداد مربوط به تحصیلات دبیرستانی می‌باشد.

بیشترین تعداد همسران مراجعه کننده دارای سطح درآمد متوسط و شاغل می‌باشد. و کمترین تعداد آن مربوط به دارای سطح درآمد پایین می‌باشد.

جدول2-4 اطلاعات تکمیلی شرکت کنندگان در مطالعه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | تعداد  N | درصد  % |
| محل تولد | شهر | 185 | 92.5 |
| روستا | 15 | 7.5 |
| نوع مسکن | شخصی | 119 | 59.5 |
| اجاره ای | 71 | 35.5 |
| دیگر | 10 | 5 |
| چندمین فرزند خانواده هستید؟ | 1 | 62 | 31 |
| 2 | 56 | 28 |
| 3 | 40 | 20 |
| 4 | 19 | 9.5 |
| 5 | 10 | 5 |
| 6 | 6 | 3 |
| 7 | 3 | 1.5 |
| 9 | 4 | 2 |
| سابقه مصرف دارو و الکل و مواد مخدر | بلی | 3 | 1.5 |
| خیر | 197 | 98.5 |
| آیا والدین در قید حیات هستند؟ | بلی | 169 | 84.5 |
| خیر | 31 | 15.5 |
| آشنایی قبل ازدواج با همسر خود داشتید؟ | بلی | 135 | 67.5 |
| خیر | 65 | 32.5 |
| نوع ازدواج | سنتی | 93 | 46.5 |
| ازدواج اجباری | 3 | 1.5 |
| ایده آل | 49 | 24.5 |
| دوستانه | 55 | 27.5 |

۹۲.۵٪ شرکت کنندگان در شهر متولد شده اند و پس از ازدواج ۵۹.۵٪ در منزل شخصی و ۳۵.۵٪ در منزل اجاره ای زندگی می کنند. ۳۱٪ بچه اول، ۲۸٪ بچه دوم، ۲۰٪ بچه سوم خانواده خود می باشند. ۹۸.۵٪ تا به حال سابقه مصرف دارو و الکل و موادمخدر را نداشتند. پدرومادر ۸۴.۵٪ از زنان شرکت کننده در این مطالعه در قید حیات بوده و ۶۷.۵٪ از زنان آشنایی پیش از ازدواج داشتند. ۴۶.۵٪ از ازدواج ها بصورت سنتی، ۲۷.۵٪ بصورت دوستانه (دوستی قبل از ازدواج)، ۲۴.۵٪ بصورت ایده آل و ۱.۵٪ بصورت اجباری بوده است.

## جدول3-4 اطلاعات توصیفی رابطه جنسی زنان شرکت کنندگان در مطالعه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | تعداد  N | درصد  % |
| طول مدت عقد برحسب سال | ۱ تا ۵ سال | 113 | 56.5 |
| ۶ تا ۱۰ سال | 44 | 22 |
| ۱۱ تا ۱۵ سال | 23 | 11.5 |
| ۱۶ تا ۲۰ سال | 20 | 10 |
| نوع رابطه جنسی در نامزدی | خیر | 117 | 58.5 |
| واژینال | 26 | 13 |
| آنال | 14 | 7 |
| اورال | 19 | 9.5 |
| ترکیبی | 24 | 12 |
| نوع رابطه جنسی در ازدواج | واژینال | 126 | 63 |
| ترکیبی | 74 | 37 |
| فیلم های رابطه جنسی را مشاهده کردید؟ با چه کسی؟ | خیر | 89 | 44.5 |
| بله - تنها خودم | 22 | 11 |
| با همسر | 89 | 44.5 |

۵۶.۵٪ از شرکت کنندگان دوره عقد کمتر از ۵ سال، ۲۲٪ حدود ۶ تا ۱۰ سال و ۲۲.۵٪ بیش از ۱۱ سال را تجربه کرده اند. ۵۸.۵٪ در دوران نامزدی رابطه جنسی را تجربه نکرده اند و در بین زنانی که تجربه رابطه جنسی در دوران نامزدی داشتند، ۱۳٪ رابطه واژینال و ۱۲٪ رابطه ترکیبی و پس از ازدواج نیز ۶۳٪ رابطه واژینال و ۳۷٪ رابطه ترکیبی را تجربه کرده اند.

## 4-2-بررسی روایی و پایایی پرسشنامه

در مطالعه حاضر با توجه به اینکه قبلا روایی محتوا و صوری ابزار خشونت جنسی ارزیابی شده است، روایی سازه به کمک روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی نیز به روش شاخص آلفای کرونباخ بررسی می گردد. با توجه به آنکه پرسشنامه رضایت جنسی یک ابزار استاندارد و دارای روایی و پایایی می باشد، در این مطالعه تنها پایایی آن با شاخص آلفای کرونباخ ارزیابی می گردد.

## 4-2-1-بررسی روایی سازه

پیش از اجرای تحلیل عاملی اکتشافی باید دو شاخص KMO (شاخص کفایت نمونه‌گیری) و آزمون بارتلت بررسی گردند. شاخص KMO برای تعیین شدت ﻫﻤﺒﺴﺘﮕﻲ‌های متقابل ﺑﻴﻦ سوالات (گویه ها) یا متغیرهای مورد بررسی استفاده می گردد. در واقع این‌ شاخص، برای بررسی کوچک بودن همبستگی جزیی بین متغیرها استفاده می‌شود. این شاخص در دامنه صفر و یک قرار دارد و هرقدر این مقدار نزدیک به یک باشد (مقادیر بزرگتر از ۰.۶)، به معنی مناسب بودن اطلاعات و همچنین تعداد متغیرهای هر سازه برای تحلیل عاملی اکتشافی است و در غیر این صورت نتایج تحلیل عاملی اکتشافی غیرقابل بررسی و استناد است. آزمون بارتلت نیز یک شاخص برای تعیین این که چه هنگام ماتریس همبستگی سوالات یا متغیرها، برای شناسایی ساختار ریاضی مناسب و یا نامناسب است. درصورتیکه این آزمون معنی دار شود (۰.۰۵>P)، تحلیل عاملی اکتشافی برای شناسایی ساختار ریاضی مدل مناسب است.

جدول4-4 نتایج شاخص KMO و آزمون بارتلت

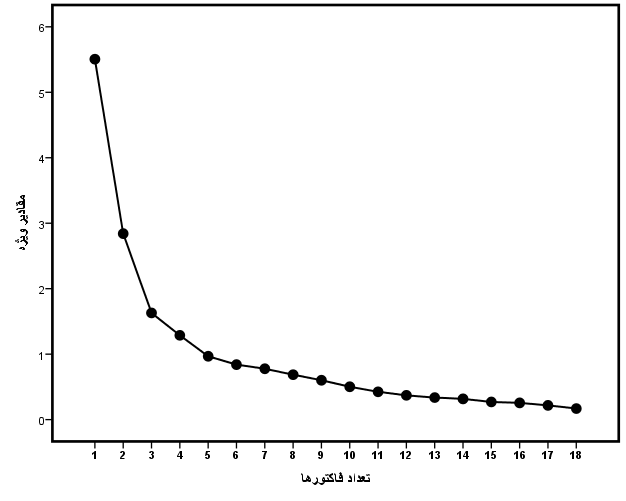
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| شاخص KMO ۱ | آزمون کرویت بارتلت | | |
| Approx. Chi-Square | df | معنی داری P |
| 0.805 | **1653.405** | **153** | **0.001 ۲** |
| 1. KMO: Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling  2. Bartlett's Test of Sphericity | | | |

نتایج جدول بالا نشان می دهد که با توجه با بالا بودن شاخص KMO (مقدار بیش از ۰.۶) و معنی داری آزمون بارتلت در مطالعه حاضر، کفایت نمونه‌گیری تأیید و استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی برای شناسایی ساختار ریاضی مدل عاملی مناسب است.

جدول5-4 نتایج تحلیل عاملی اکتشافی (دوران واریماکس)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| سوالات پرسشنامه | سازه ۱ | سازه ۲ | سازه ۳ | سازه ۴ |
| سوال ۱ | **0.767** |  |  |  |
| سوال ۲ | **0.776** |  |  |  |
| سوال ۳ | **0.672** |  |  |  |
| سوال ۴ | **0.46** |  |  | **0.425** |
| سوال ۶ | **0.755** |  |  |  |
| سوال ۷ | **0.773** |  |  |  |
| سوال ۸ | **0.۷۵۱** |  |  |  |
| سوال ۹ | **0.579** |  |  | **0.374** |
| سوال 13 |  | **0.807** |  |  |
| سوال 14 |  | **0.823** |  |  |
| سوال 15 |  | **0.698** |  |  |
| سوال 16 |  | **0.546** |  |  |
| سوال 10 |  |  | **0.765** |  |
| سوال 11 |  |  | **0.881** |  |
| سوال 12 |  |  | **0.918** |  |
| سوال ۵ | **0.463** |  |  | **0.526** |
| سوال 17 |  |  |  | **0.864** |
| سوال 18 |  |  |  | **0.841** |
| درصد واریانس (چرخش واریماکس)  % of Variance | **24.059** | **13.565** | **12.8۰۰** | **12.152** |
| درصد واریانس تجمعی (چرخش واریماکس)  % of Cumulative Variance | **24.059** | **37.623** | **50.423** | **62.575** |

جدول بالا خروجی تحلیل عاملی اکتشافی را پس از استفاده از روش دوران واریماکس برای دسته بندی سوالات نشان می دهد. نتایج نشان می دهد که براساس بارهای عاملی (Loadings)، سوالات ۱،۲،۳،۴،۶،۷،۸،۹ در یک سازه مشترک با ۲۴.۰۵۹٪ از واریانس کل پرسشنامه، سوالات ۱۳،۱۴،۱۵،۱۶ در یک سازه مشترک با ۱۳.۵۶۵٪ از واریانس کل پرسشنامه، سوالات ۱۰،۱۱،۱۲ در یک سازه مشترک با ۱۲.۸٪ از واریانس کل پرسشنامه و سوالات ۵،۱۷،۱۸ در یک سازه مشترک با ۱۲.۱۵۲٪ از واریانس کل پرسشنامه را تشکیل می دهند. در مجموع براساس نتایج جدول بالا می توان ۱۸ سوال تعیین کننده میزان خشونت جنسی را در قالب ۴ سازه اصلی با تبیین ۶۲.۵۷۵٪ از واریانس (اطلاعات) کل بدست آورد.



نمودار1-4 نمودار شن ریزه (Scree Plot) حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی پس از دوران واریماکس

نمودار بالا نیز نشان می دهد که می توان پرسشنامه را براساس مقادیر ویژه بیشتر از ۱، به تعداد ۴ سازه یا فاکتور دسته بندی کرد.

## 4-2-2-بررسی پایایی

برای بررسی پایایی از شاخص آلفای کرونباخ (Cronbach’s Alpha) استفاده می شود. حداقل مقدار قابل قبول این شاخص به میزان ۰.۷ می باشد.

جدول 6-4 نتایج بررسی پایایی پرسشنامه خشونت جنسی

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| سازه ها | نام سازه | سوالات | تعداد سوالات | شاخص آلفای کرونباخ |
| سازه ۱ | آمادگی در رابطه زناشویی | ۱و۲و۳و۴و۶و۷و۸و۹ | ۸ | 0.871 |
| سازه ۲ | خشونت جنسی | 13 تا 16 | ۴ | 0.742 |
| سازه ۳ | پوزیشنها | ۱0 تا 12 | ۳ | 0.839 |
| سازه ۴ | رضایتمندی | ۵و۱۷و۱۸ | ۳ | 0.751 |
| کل پرسشنامه | پرسشنامه خشونت جنسی | ۱ تا ۱۸ | ۱۸ | 0.۷۸۱ |

جدول بالا نتایج پایایی پرسشنامه خشونت جنسی را به تفکیک هر یک از سازه ها و کل پرسشنامه ارائه می کند. نتایج نشان می دهند که تمامی سازه ها و کل پرسشنامه دارای پایایی مناسب در این مطالعه می باشند. پایایی کل پرسشنامه در این مطالعه ۰.۷۸۱ بدست آمده است.

جدول 7-4 نتایج بررسی پایایی پرسشنامه رضایت جنسی

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| سازه ها | نام سازه | سوالات | تعداد سوالات | شاخص آلفای کرونباخ |
| سازه ۱ | سازگاری جنسی | ۱و۱۰و۱۱و۱۳ | ۴ | ۰.۷۵۴ |
| سازه ۲ | کیفیت زندگی | ۲و۷و۸ | ۳ | ۰.۷۲۹ |
| سازه ۳ | نگرش جنسی | ۵و۱۲و۱۴و۱۹و۲۵ | ۵ | ۰.۷۵۹ |
| سازه ۴ | تمایل به برقرار روابط جنسی | ۱۵و۱۸و۲۰و۲۲ | ۴ | ۰.۸۲۰ |
| کل پرسشنامه | پرسشنامه رضایت جنسی | ۱و۱۰و۱۱و۱۳و۲و۷و۸و  ۵و۱۲و۱۴و۱۹و۲۵و  ۱۵و۱۸و۲۰و۲۲ | ۱۶ | ۰.۸۵۶ |

جدول بالا نتایج پایایی پرسشنامه رضایت جنسی را به تفکیک هر یک از سازه ها و کل پرسشنامه ارائه می کند. نتایج نشان می دهند که تمامی سازه ها و کل پرسشنامه دارای پایایی مناسب در این مطالعه می باشند. پایایی کل پرسشنامه در این مطالعه ۰.۸۵۶ بدست آمده است.

## 3-2-4-مقیاس بندی نمره پرسشنامه خشونت جنسی

برای مقیاس بندی نمره کل این پرسشنامه حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه تعیین شود. با توجه به اینکه مقیاس پاسخ دهی به هر سوال از یک طیف لیکرت ۵ نمره ای (۱ تا ۵) می باشد، حداقل نمره زمانی بدست میاد که فرد تمامی سوالات را با گزینه ۱ پاسخ دهد و حداکثر نمره نیز زمانی بدست می آید که فرد تمامی سوالات را با گزینه ۵ پاسخ دهد. بنابراین با توجه به اینکه ۱۸ سوال در این پرسشنامه مطرح می شود، حداقل و حداکثر نمره ۱۸ تا ۹۰ خواهد بود.

جدول 8-4 مقیاس بندی پرسشنامه خشونت جنسی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| پرسشنامه (تعداد سوالات) | حداقل و حداکثر نمره | نمره گذاری | وضعیت |
| خشونت جنسی  (۱۸ سوال) | حداقل نمره : ۱۸  حداکثر نمره : ۹۰ | ۱۸-۴۲ | کم |
| ۴۲-۶۵ | متوسط |
| ۶۵-۹۰ | زیاد |

این مقیاس بندی براساس نظر محقق و تیم تحقیق ایجاد شده و برای تعیین میزان فراوانی خشونت جنسی زوجین نمره گذاری شده است.

## 4-2-4-بررسی سوالات تحقیق

در این بخش به بررسی سوالات تحقیق با استفاده از آزمونهای آماری متناسب پرداخته می شود. در ابتدا از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov: K-S) جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع داده ها استفاده شد. با توجه به نرمال بودن توزیع داده در هر یک سازه ها و نمره کل در هردو پرسشنامه خشونت جنسی و رضایت جنسی، از آزمون پارامتریک شامل همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Test) در این مطالعه استفاده شد. در ابتدا و قبل از گزارش نتایج و پاسخ به سوالات تحقیق می توان اطلاعاتی درخصوص نمره خشونت جنسی و رضایت جنسی در جامعه هدف می تواند مفید باشد.

جدول 9-4 خلاصه نمره هردو پرسشنامه خشونت جنسی و رضایت جنسی

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | میانگین  Mean | انحراف معیار  SD | کمترین مقدار  Min | بیشترین مقدار  Max | حداقل – حداکثر  نمره مجاز |
| آمادگی در رابطه زناشویی | 26.49 | 5.28 | 8 | 40 | ۸ تا ۴۰ |
| خشونت جنسی | 8.19 | 3.52 | 4 | 20 | ۴ تا ۲۰ |
| پوزیشنها | 8.66 | 3.19 | 3 | 15 | ۳ تا ۱۵ |
| رضایتمندی | 10.75 | 2.34 | 4 | 15 | ۳ تا ۱۵ |
| نمره کل پرسشنامه خشونت جنسی | 54.0۸ | 7.75 | 29 | 75 | ۱۸ تا ۹۰ |
| سازگاری جنسی | 12.55 | 2.15 | 8 | 19 | ۴ تا ۲۰ |
| کیفیت زندگی | 8.71 | 1.91 | 4 | 13 | ۳ تا ۱۵ |
| نگرش جنسی | 17.38 | 3.57 | 9 | 24 | ۵ تا ۲۵ |
| تمایل به برقراری روابط جنسی | 14.72 | 2.87 | 7 | 20 | ۴ تا ۲۰ |
| نمره کل پرسشنامه رضایت جنسی | 45.39 | 4.59 | 34 | 56 | ۱۶ تا ۸۰ |

نتایج این جدول نشان می دهد که میزان خشونت جنسی و سپس رضایت جنسی براساس حداقل و حداکثر مجاز نمره هر سازه یا کل پرسشنامه در جامعه هدف به چه میزان است.

حداقل و حداکثر نمره مجاز در پرسشنامه‌ی خشونت جنسی 18تا 90 و حداقل و حداکثر نمره مجاز در پرسشنامه‌ی رضایت جنسی 16 تا 80 می‌باشد.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| نمودار 2-4 هیستوگرام نمره خشونت جنسی و رضایت جنسی | |

نمودار هیستوگرام خشونت جنسی و رضایت جنسی نیز میزان پراکندگی نمره هرکدام را به وضوح نشان می دهد.

## 4-3-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با ریزمعیارهای رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل

جدول 10-4 فراوانی خشونت جنسی در زنان شرکت کننده

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | کم | | متوسط | | شدید | |
| خشونت جنسی | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| 10 | 5.0 | 169 | 84.5 | 21 | 10.5 |

جدول بالا فراوانی خشونت جنسی در بین شرکت کنندگان را نشان می دهد. ۸۴.۵٪ میزان خشونت جنسی را متوسط و ۱۰.۵٪ زیاد عنوان کرده اند.

جدول 11-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | سازگاری جنسی | کیفیت زندگی | نگرش جنسی | تمایل به برقراری روابط جنسی | نمره کل رضایت جنسی |
| نمره کل خشونت جنسی | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.318 | 0.404 | 0.331 | 0.230 | 0.141 |
| معنی داری P ۱ | 0.001 | 0.001 | 0.001 | 0.001 | 0.046 |
| 1. Pearson Correlation Test | | | | | | |

نتایج این مطالعه نشان داد خشونت جنسی با تمامی زیرمعیارها و همچنین نمره کل رضایت جنسی رابطه مثبت و معنی دار آماری دارد (۰.۰۵>P). بعبارت دیگر، با افزایش میزان رضایت جنسی، خشونت جنسی افزایش می یابد.

## 4-4-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس سن زنان

جدول 12-4 فراوانی خشونت جنسی به تفکیک سن زنان

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| سن زنان | خشونت جنسی | | | | | | معنی داری  P |
| **کم** | | **متوسط** | | **شدید** | |
| تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| 15-20 | 0 | 0.0 | 33 | 97.1 | 1 | 2.9 | ۰.۰۰۷ ۱ |
| 21-25 | 2 | 4.1 | 43 | 87.8 | 4 | 8.2 |
| 26-30 | 1 | 2.0 | 37 | 75.5 | 11 | 22.4 |
| 31-35 | 1 | 3.2 | 28 | 90.3 | 2 | 6.5 |
| 36-40 | 4 | 21.1 | 12 | 63.2 | 3 | 15.8 |
| 41-45 | 1 | 7.7 | 12 | 92.3 | 0 | 0.0 |
| 46-50 | 1 | 20.0 | 4 | 80.0 | 0 | 0.0 |
| 1. Fisher Exact Test | | | | | | | |

نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی دار آماری بین رده بندی سنی زنان و میزان خشونت وجود دارد (۰.۰۵>P). نتایج نشان داد که میزان خشونت جنسی از نوع متوسط در تمامی گروههای سنی بیشترین میزان را دارد.

نمودار 3-4 میزان خشونت جنسی در رده بندی سنی

جدول 13-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی به تفکیک سن زنان

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| سن زنان | نمره کل خشونت جنسی | سازگاری جنسی | کیفیت زندگی | نگرش جنسی | تمایل به برقراری روابط جنسی | نمره کل رضایت جنسی |
| 15-20 | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.430 | 0.307 | 0.118 | 0.168 | 0.253 |
| معنی داری P ۱ | 0.011 | 0.077 | 0.506 | 0.343 | 0.148 |
| 21-25 | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.336 | 0.312 | 0.240 | 0.225 | 0.212 |
| معنی داری P ۱ | 0.018 | 0.029 | 0.097 | 0.120 | 0.144 |
| 26-30 | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.274 | 0.499 | 0.406 | 0.204 | -0.091 |
| معنی داری P ۱ | 0.056 | 0.001 | 0.004 | 0.159 | 0.534 |
| 31-35 | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.215 | 0.177 | 0.152 | 0.174 | 0.069 |
| معنی داری P ۱ | 0.245 | 0.342 | 0.413 | 0.348 | 0.713 |
| 36-40 | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.172 | 0.739 | 0.482 | 0.393 | 0.166 |
| معنی داری P ۱ | 0.481 | 0.001 | 0.036 | 0.096 | 0.497 |
| 41-45 | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.138 | 0.410 | 0.158 | 0.155 | 0.294 |
| معنی داری P ۱ | 0.654 | 0.164 | 0.606 | 0.614 | 0.330 |
| 46-50 | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.661 | 0.006 | 0.740 | 0.021 | 0.622 |
| معنی داری P ۱ | 0.224 | 0.993 | 0.152 | 0.974 | 0.262 |
| 1. Pearson Correlation Test | | | | | | |

در زنان ۱۵تا۲۰ ساله و‌ ۲۱تا ۲۵ ساله خشونت جنسی با سازگاری جنسی ارتباط مثبت و معنی داری دارد (۰.۰۵>P). در زنان ۲۱ تا ۲۵ ساله، ۲۶ تا ۳۰ ساله و ۳۶ تا ۴۰ ساله، خشونت جنسی با کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی داری دارد(۰.۰۵>P). در زنان ۲۶ تا ۳۰ ساله و ۳۶ تا ۴۰ ساله خشونت جنسی و نگرش جنسی ارتباط مثبت و معنی داری نشان می دهند(۰.۰۵>P).

## 4-5-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس اختلاف سنی زوجین

جدول 14-4 فراوانی خشونت جنسی به تفکیک اختلاف سنی زوجین

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تفاوت سنی زوجین | خشونت جنسی | | | | | | معنی داری  P |
| **کم** | | **متوسط** | | **شدید** | |
| تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| کمتر از ۵ سال | 4 | 5.2 | 64 | 83.1 | 9 | 11.7 | ۰.۸۸۶ ۱ |
| ۵ تا ۱۰ سال | 4 | 4.2 | 83 | 86.5 | 9 | 9.4 |
| بیش از ۱۰ سال | 2 | 7.4 | 22 | 81.5 | 3 | 11.1 |
| 1. Fisher Exact Test | | | | | | | |

فراوانی خشونت جنسی از نوع متوسط در تمامی رده بندی های تفاوت سنی زوجین بیشترین میزان را دارد. ارتباط معنی دار آماری بین تفاوت سنی زوجین و میزان خشونت در این مطالعه دیده نشد (۰.۰۵<P).

نمودار 4-4 میزان خشونت جنسی در تفاوت سنی زوجین

جدول 15-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی به تفکیک اختلاف سنی زوجین

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تفاوت سنی زوجین | نمره کل خشونت جنسی | سازگاری جنسی | کیفیت زندگی | نگرش جنسی | تمایل به برقراری روابط جنسی | نمره کل رضایت جنسی |
| کمتر از ۵ سال | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.322 | 0.432 | 0.474 | 0.276 | 0.137 |
| معنی داری P ۱ | 0.004 | 0.001 | 0.001 | 0.015 | 0.234 |
| ۵ تا ۱۰ سال | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.276 | 0.337 | 0.220 | 0.193 | 0.185 |
| معنی داری P ۱ | 0.007 | 0.001 | 0.031 | 0.059 | 0.071 |
| بیش از ۱۰ سال | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.441 | 0.533 | 0.306 | 0.216 | 0.014 |
| معنی داری P ۱ | 0.021 | 0.004 | 0.120 | 0.279 | 0.947 |
| 1. Pearson Correlation Test | | | | | | |

در زوجین با تفاوت سنی کمتر از ۵ سال خشونت جنسی و سازگاری جنسی، کیفیت زندگی، نگرش جنسی و تمایل به برقراری رابطه جنسی ارتباط مثبت و معنی داری نشان می دهد(۰.۰۵>P). این مطالعه نشان داد که در زوجین با تفاوت سنی ۵ تا ۱۰ سال خشونت جنسی با سازگاری جنسی، کیفیت زندگی و نگرش جنسی ارتباط مثبت و معنی داری دارد (۰.۰۵>P) و همچنین در زوجین با بیش از ۱۰ سال خشونت جنسی با سازگاری جنسی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی دار نشان می دهد (۰.۰۵>P).

## 4-6-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل بر اساس سطح تحصیلات

جدول 16-4 فراوانی خشونت جنسی به تفکیک تحصیلات زنان

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تحصیلات زنان | خشونت جنسی | | | | | | معنی داری  P |
| کم | | متوسط | | شدید | |
| تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| ابتدایی | 0 | 0.0 | 4 | 100.0 | 0 | 0.0 | ۰.۵۳۱ ۱ |
| راهنمایی | 1 | 3.4 | 26 | 89.7 | 2 | 6.9 |
| دبیرستان | 2 | 8.7 | 20 | 87.0 | 1 | 4.3 |
| دیپلم | 3 | 4.8 | 55 | 88.7 | 4 | 6.5 |
| دانشگاهی | 4 | 4.9 | 64 | 78.0 | 14 | 17.1 |
| 1. Fisher Exact Test | | | | | | | |

فراوانی خشونت جنسی به میزان متوسط در تمامی گروههای تحصیلات بیشترین درصد را داراست. زنان با تحصیلات دانشگاهی نیز ۷۸٪ خشونت جنسی متوسط و ۱۷.۱٪ خشونت جنسی شدید را گزارش کرده اند. ارتباط معنی دار آماری بین تحصیلات زنان و میزان خشونت در این مطالعه دیده نشد (۰.۰۵<P).

نمودار 5-4 میزان خشونت جنسی در تحصیلات زنان

جدول 17-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی به تفکیک تحصیلات زنان

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تحصیلات زنان | نمره کل خشونت جنسی | سازگاری جنسی | کیفیت زندگی | نگرش جنسی | تمایل به برقراری روابط جنسی | نمره کل رضایت جنسی |
| ابتدایی | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.743 | 0.148 | 0.946 | -0.758 | 0.971 |
| معنی داری P ۱ | 0.257 | 0.852 | 0.054 | 0.242 | 0.029 |
| راهنمایی | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | -0.027 | 0.127 | -0.037 | -0.015 | 0.355 |
| معنی داری P ۱ | 0.890 | 0.513 | 0.849 | 0.938 | 0.059 |
| دبیرستان | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.273 | 0.461 | 0.367 | 0.330 | -0.115 |
| معنی داری P ۱ | 0.208 | 0.027 | 0.085 | 0.124 | 0.600 |
| دیپلم | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.520 | 0.447 | 0.468 | 0.244 | 0.196 |
| معنی داری P ۱ | 0.001 | 0.001 | 0.001 | 0.056 | 0.127 |
| دانشگاهی | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.185 | 0.318 | 0.203 | 0.181 | 0.097 |
| معنی داری P ۱ | 0.097 | 0.004 | 0.068 | 0.104 | 0.386 |
| 1. Pearson Correlation Test | | | | | | |

در این مطالعه در زنان با تحصیلات ابتدایی خشونت جنسی با نمره کل رضایت جنسی ارتباط مثبت و معنی داری نشان داد (۰.۰۵>P). در زنان با تحصیلات دبیرستان خشونت جنسی با کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی داری دارد (۰.۰۵>P). در زنان با تحصیلات دیپلم خشونت جنسی با سازگاری جنسی، کیفیت زندگی و نگرش جنسی ارتباط مثبت و معنی دار نشان داده است (۰.۰۵>P) و در زنان با تحصیلات دانشگاهی، خشونت جنسی ارتباط مثبت و معنی دار با کیفیت زندگی نشان داد (۰.۰۵>P).

## 4-7-بررسی فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل براساس میزان درآمد

جدول 18-4 فراوانی خشونت جنسی به تفکیک میزان درآمد زنان

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| میزان درآمد زنان | خشونت جنسی | | | | | | معنی داری  P |
| کم | | متوسط | | شدید | |
| تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| کم | 6 | 4.3 | 123 | 87.9 | 11 | 7.9 | ۰.۱۱۰ ۱ |
| متوسط | 4 | 6.9 | 45 | 77.6 | 9 | 15.5 |
| زیاد | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 |
| 1. Fisher Exact Test | | | | | | | |

فراوانی خشونت جنسی به میزان متوسط در تمامی گروههای درآمدی زنان بیشترین درصد را داراست. ارتباط معنی دار آماری بین درآمد زنان و میزان خشونت در این مطالعه دیده نشد (۰.۰۵<P).

نمودار 6-4 میزان خشونت جنسی در میزان درامد زنان

جدول 19-4 تحلیل همبستگی نمره خشونت جنسی در ریزمعیارهای رضایت جنسی به تفکیک میزان درآمد زنان

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| میزان درآمد زنان | نمره کل خشونت جنسی | سازگاری جنسی | کیفیت زندگی | نگرش جنسی | تمایل به برقراری روابط جنسی | نمره کل رضایت جنسی |
| کم | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.316 | 0.348 | 0.303 | 0.260 | 0.149 |
| معنی داری P ۱ | 0.001 | 0.001 | 0.001 | 0.015 | 0.079 |
| متوسط | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | 0.298 | 0.491 | 0.372 | 0.249 | 0.188 |
| معنی داری P ۱ | 0.023 | 0.001 | 0.004 | 0.060 | 0.158 |
| زیاد | همبستگی پیرسون  Pearson Correlation | - | - | - | - | - |
| معنی داری P ۱ | - | - | - | - | - |
| 1. Pearson Correlation Test | | | | | | |

در زنان با درآمد کم خشونت جنسی با سازگاری جنسی، کیفیت زندگی، نگرش جنسی و تمایل به برقراری روابط جنسی ارتباط مثبت و معنی داری نشان می دهد(۰.۰۵>P). در زنان با درآمد متوسط نیز خشونت جنسی با سازگاری جنسی، کیفیت زندگی و نگرش جنسی ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد (۰.۰۵>P). در این مطالعه تعداد زنان با درآمد زیاد بسیار کم بوده و همبستگی و معنی داری قابل محاسبه نبود.

# 

# فصل پنجم

# بحث و نتیجه گیری

## 5-1-بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی خشونت جنسی و ارتباط آن با رضایت جنسی در زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل انجام شد. مطالعه حاضر بر روی ۲۰۰ نفر از زنان همسردار حاشیه شهر اردبیل اجرا شد. در این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخت استفاده شد و روایی و پایایی آن نیز قبل از نمونه گیری به انجام رسید. جمع بندی نتایج نشان داد که در مطالعه ما ۸۴.۵٪ میزان خشونت جنسی را متوسط و ۱۰.۵٪ زیاد عنوان کرده اند. 5 درصد نیز این شاخص را کم توصیف کردند. نتایج مطالعه ما نشان داد خشونت جنسی با تمامی زیرمعیارها و همچنین نمره کل رضایت جنسی رابطه مثبت و معنی دار آماری دارد. بعبارت دیگر، با افزایش میزان رضایت جنسی، خشونت جنسی افزایش می یابد. فراوانی خشونت جنسی به میزان متوسط در تمامی گروههای سنی بیشترین درصد را داشت. در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ ساله ۲۴.۴٪ از زنان خشونت جنسی را شدید گزارش کردند. این مطالعه نشان داد که در زوجین با تفاوت سنی ۵ تا ۱۰ سال خشونت جنسی با سازگاری جنسی، کیفیت زندگی و نگرش جنسی ارتباط مثبت و معنی داری دارد (۰.۰۵>P) و همچنین در زوجین با بیش از ۱۰ سال خشونت جنسی با سازگاری جنسی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی دار نشان می دهد (۰.۰۵>P). زنان با تحصیلات دانشگاهی نیز ۷۸٪ خشونت جنسی متوسط و ۱۷.۱٪ خشونت جنسی شدید را گزارش کرده اند.

در ادامه به مقایسه نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات و دلایل تشابه یا تفاوت نتایج خواهیم پرداخت:

در مطالعه لطیفی و همکاران در سال 1392 با عنوان " بررسي خشونت عليه همسر و عوامل اجتماعي موثر بر آن در خانواده هاي تهراني" 33/6 درصد زنان شرکت کننده در مطالعه حداقل در طول یکسال اخیر خشونت جسمی را تجربه کرده‌اند، همچنین مشخص گردیدکه بین متغیرهای سن خانم، ازدواج مجدد خانم، جنسیت فرزندان، فرزندخوانده داشتن، درآمد، مالکیت اموال خانم، حساب بانکی جدا، نوع ازدواج با اعمال خشونت رابطه معناداری وجود دارد. تحصیلات پایین، فقر عامل بروز بیشتر خشونت خانگی بوده است. برای مبارزه با خشونت به عنوان یک چالش جهانی باید آگاهی افراد جامعه به خصوص مردان را در مورد حقوق زنان افزایش دهیم و نیاز به آموزش قبل ازدواج به زوجین در مورد حقوق زن و شوهر در مقابل هم و حمایت از زنان و ایجاد محیط‌ها و مراکز مشاوره و روان درمانی برای افرادی که مورد خشونت واقع شده‌اند، می‌باشد. (33) مقایسه نتایج مطالعه لطیفی و همکاران با مطالعه ما نشان می دهد که میزان خشونت جنسی در زنان حاشیه شهر اردبیل به وضوح بیشتر از شهر تهران بوده است و دلیل این تفاوت را می توان در بالا بودن میزان آگاهی عمومی و تفاوت‌های فرهنگی در زنان و مردان شهر تهران به عنوان پایتخت و نزدیکتر بودن به مراکز آگاهی و آموزشی قبل و حین ازدواج جست و جو کرد. همچنین در مطالعه ما میزان خشونت جنسی با عنوان «شدید» در زنان با درآمد متوسط و بالا بیشتر بود که همچنان دلیل این تفاوت را می توان در اختلافات فرهنگی این دو جامعه آماری جست و جو کرد و البته همچنان نیازمندی به آگاه‌سازی و افزایش آموزش های مربوط به زندگی زناشویی را می طلبد.

مطالعه خانبابایی و همکاران با عنوان بررسی خشونت جنسی علیه زنان ماستکتومی شده بهبود یافته از سرطان پستان انجام شد (60). این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال 1397 بر روی 320 زن ماستکتومی شده بهبود یافته از سرطان پستان در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. خشونت جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان به کمک پرسشنامه خشونت جنسی سنجیده شد. میانگین خشونت جنسی در مطالعه حاضر برابر 53/09±35/51 و در سطح " خشونت جنسی متوسط" بود. در مطالعه ما، میزان خشونت جنسی در زنان حاشیه شهر اردبیل در کل متوسط به دست آمد که این آمار برابر با زنان ماستکتومی شده تبریز می‌باشد. این نتیجه جالب توجه است؛ اما باید جست که چرا این میزان در زنان سالم حاشیه شهر اردبیل با زنان ماستکتومی شده در تبریز یکسان است؟ آیا حاشیه نشین بودن و سطح اجتماعی پایین، از نظر آسیب روانی و اجتماعی با بیماری سرطان و ماستکتومی برابری می کند؟

مطالعه محمدخانی و همکاران با عنوان رابطه خشونت جنسی و نگرش‌های زناشویی و همراهی انواع خشونت در روابط زناشویی انجام شد (61). در این مطالعه 230 زوج با روش نمونه­گیری خوشه­ای چندمرحله­ای در قالب یک طرح زمینه­یابی، به پرسش­نامه زمینه­یابی نگرش زناشویی و مقیاس تجدیدنظرشده تاکتیک‌های تعارضی پاسخ دادند. در این مطالعه به این نتیجه رسیده شد که احتمال تجربه تحمیل جنسی، در صورت رویارویی با دیگر انواع خشونت، به­ویژه در زنان افزایش می یابد. در مطالعه ما نیز که در مناطق کم برخوردار و حاشیه ای شهر اردبیل به انجام رسید، به این نتیجه رسیدیم که میزان خشونت در اندازه متوسط و بالا بسیار بیشتر است و می توان در همراهی با مطالعه محمدخانی و همکاران بالا بودن میزان سایر خشونت های روانی و اجتماعی در این نواحی از شهر را دلیل بالا بودن میزان خشونت جنسی در زنان حاشیه اردبیل دانست.

مطالعه کارگر و همکارانش در سال 2016 با عنوان شیوع و عوامل خطر خشونت خانگی علیه زنان توسط همسرانشان در ایران انجام شد (62). این مطالعه مقطعی بر روی زنان متاهل 16 تا 80 ساله ساکن جهرم جنوب ایران از اوت 2013 تا دسامبر 2014 انجام شده است. این تحقیق از طریق پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک انجام شد. شکل خشونت شریک زندگی شامل سو استفاده عاطفی ، خشونت جسمی و خشونت جنسی با یک پرسشنامه معتبر ارزیابی شد. در این مطالعه میزان خشونت جنسی 6/18 درصد به دست آمد که با سن فرد، سن شوهر، طول مدت ازدواج، سطح پایین تحصیلات زنان و شوهران رابطه معنی داری داشت. در مطالعه ما نیز نتایج مشابهی به دست آمد و همین عوامل دخیل بودند.

## 5-2-محدودیت ها

به دلیل بروز پاندمی کرونا تکمیل سریع پرسشنامه‌های افراد مطالعه امکان پذیر نبود که با صرف وقت بسیار و نیز استفاده از شماره تماس افراد توانستیم تا حدودی این محدودیت را کنترل کنیم.

## 5-3-جمع بندی و نتیجه گیری

مطالعه ما میزان بالای بروز خشونت جنسی در زنان حاشیه شهر اردبیل را نشان داد.

## 5-4-پیشنهادات

* پیشنهاد می شود مطالعه حاضر در سایر شهر های استان و کشور نیز به انجام رسیده و نتایج حاصله به جهت رسیدن به برنامه های کشوری و منطقه ای جهت آموزش و آگاه سازی افراد استفاده شود.
* می توان مطالعه حاضر را در کل استان اردبیل (نه فقط زنان حاشیه شهر) به صورت کیفی و یا اینکه زوجین را با هم و بدون تفکیک (فقط زنان نباشند) وارد مطالعه کرد.

# 

# منابع

1. Campbell J. Assessing Dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1995:12-19.
2. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozaro R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002:25-86.
3. Zand R. Frequency and correlates of spouse abuse by type: Physical, sexual and psychological battering among a sample of Iranian women. International Journal of Mental Health and Addiction.2008;2(6): 432-41.
4. Straus M, Mouradian V. Preliminary psychometric data for the personal and relationships profile (PRP): A multi-scale tool for clinical screening and research on partner violence. Journal of Family Issues. 1999;1(7):283-316.
5. Mohammadkhani P, Rezaei Dogaheh E, Forouzan S, Azadmehr H, Jafari H. Risk factors of enacting spouse abuse in a sample of Iranian men. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2007;4(2):79-86.
6. Straus M, Douglass E. A short form of the revised conflict tactic scales and typologies for severity and mutuality. Journal of Violence and Victims. 2004;1(9):407-32.
7. Garcia-Linares M, Pico-Alfonso M, Sanchez-Lorente S, Savall-Rodrigues F, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C. Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women: A Spanish cross-sectional study. Journal of Violence Victims. 2005;2(0):99-123.
8. Margolin G, Burman B. Wife abuse versus marital violence: Difference terminologies, explanation, and solutions. Journal of Clinical Psychology Review. 1993;1(3):59-73.
9. Mohamadkhani P, Rezaei dogane E, Mohamadi M, Azadmehr H. Family Violence Pattern Prevalence, Enacting or Experiencing Violence in Men or Women. refahj. 2006;5(21):205-24.
10. Leserman J. Sexual abuse history: Prevalence, health effect, mediators, and psychological treatment. Journal of Psychosomatic Medicine. 2005;6(5):906-15.
11. Thompson R, Bonomi A, Anderson M, Reid R, Dimer J, Carrell D, et al. Intimate partner violence: Prevalence, types, and chronicity in adult women. American Journal of Prevention Medicine. 2006;3(0):447-57.
12. Larson J, Holman T. Premarital predictors of marital quality and stability. Journal of Family Relations. 1994;4(3):228-37.
13. Asia S, Olson D, David H. Five types of marriage; an empirical typology based on ENRIC. The Family Journal. 2004;1(1):196-207.
14. Baucom D, Epestein N. Cognitive-behavioral marital therapy. New York: Brunner/ Maize Publishers. 1990:121-36.
15. Wallach H, Sela T. The importance of male batters' attributions in understanding and preventing domestic violence. Journal of Family Violence. 2008;2(3):655-60.
16. Doss B, Jones J, Christensen A. Integrative behavioral couple therapy. In: F. W. kaslow & J. Lebow (Eds.), comprehensive handbook of Psychotherapy. 2002;7(2):1-10.
17. Dutton M, Burghardt K, Perrin S, Chrestman K, Halle P. Battered women's cognitive schemata. Journal of Traumatic Stress. 2005;7(1):235-55.
18. Dekeseredy W, Kelly K. The incidence and prevalence of woman abuse in Canadian university and college dating relationships. Canadian Journal of Sociology. 1993;1(8):137-59.
19. Mohammadkhani P, Forouzan A, Khooshabi K, Azadmehr H, Assari S, lankarani M. Are the predictors of sexual violence the same as those of nonsexual violence? a gender analysis. The Journal of Sexual Medicine. 2009;6(3):2215-23.
20. Stets J. Psychological aggression in dating relationships: The role of interpersonal control. Journal of Family Violence. 1991;6(5):97-114.
21. Hotaling G, Sugarman D. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. Journal of Violence and Victims. 1986;1(2):101-24.
22. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. J Sex Marital Ther 2005;31(5):409-24.
23. Hyde JS, Jade D. Understanding human sexuality. 7th ed., Boston, McGraw-Hill, 2000:226-58.
24. Rahmani A, Safavi S, Jafarpoor M, Merghati-Khoei EA. The relation of sexual satisfaction and demographic factors. Iran Journal of Nursing 2010; 23(66):14-22.
25. Sadeghy S. Exploring personality factors influencing marital satisfaction. Unpublished MA Thesis, Iran University of Medical Sciences, 2000:46-58.
26. Baghiyan A. Examined predictors of sexual satisfaction of women in Yazd city. Family Counseling. MA thesis, Isfahan University. 2013:13-16.
27. World Health Organization, World report on violence and health (Geneva: World Health Organization. 2002:149-51.
28. Ashdown B, Hackathorn J, Clark E. In and out of the bedroom: Sexual satisfaction in the marital relationship. Journal of Integrated Social Sciences. 2011;2(1):40-57.
29. Sarukhani B. An Introduction to the Family Sociology Society. Tehran: Soroush Publications. 1991: 25-82.
30. Rahmani A, Merghati Khoei E, Sadeghi N, Allahgholi L. Relationship between Sexual pleasure and Marital Satisfaction. IJN. 2011;24(70):82-90.
31. Bakhshayesh A, Mortazavi M. The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples. Journal of Applied Psychology. 2010;4(12):73-85.
32. Mohammadkhani P, Azadmehr H, Motaghi S. Association between the Types of Violence in Couple Relationship and Marital Attitudes in Sexual Coerced Victims. IJPCP. 2010;16(3):195-202
33. Latifi M, Taghdisi M, Estebsari F, Rahimi Z, Joveini H. Survey of Wife Abuse and Influencing Social Factors Incidence of Domestic Violence in Tehranian Families. aumj. 2014;3(1):11-17.
34. Nakhai M. Population and Family Planning: Answers to Sexual and Marital Issues. First Edition. Tehran: Shahr-e-Ab Publishing. 2002:26-52.
35. Marston P, Hechet M, Manke M, Mcdaniel S, Reeder H. The subjective experience of intimacy, passion and commitment in heterosexual relationship. Personal relationship J. 1998;5(2):3-15.
36. De Silva P. Sexual dysfunction: Investigation in S.J.E.G.E. Powell. The Handbook of Clinical Adult Psychology. 2nd ediction (London Routledge). 1994:115-26.
37. Basson R. Womens sextual function and dysfunction: current uncertainties future. 2008:256-78.
38. Prochaska J, Vancarus J. Theories of psychotherapy. Translated by Seyed Mohammadi, Y. Tehran. Roshd Publications. 2002:47-56.
39. Karimian, N. Investigating the relationship between mental health and guilt with marital commitment of married people. Journal of Family and Psychotherapy. 2013:2(1):28-33.
40. Kajbaf M. Psychology of Sexual Behavior: Theories and Perspectives. Third edition. Tehran: Ravan Publishing. 2008:33-45.
41. Schultz d. Psychology of perfection. Happy translation g. First Edition. New publication. 1982:68-150.
42. Franel and. Man in search of meaning. Introductory translation of A. University of Tehran Press. 1991:216-22.
43. Ohadi B. Human sexual desires and behaviors. Esfahan. Sadegh Hedayat Publications. 2006:81-89.
44. Hornay K. The nervous character of our time. Translated by Musfa J. second edition. Publication of speech. 1991:6-12.
45. Maslow A. personality psychology. Translated by Roygaran Sh. First Edition. Golshaei Publications. 1990:95-101.
46. Froam A. Beyond the chains of thought. Translation of Barakat, b. Publish pearls. 2004:48-62.
47. Johnson MP. Commitment, cohesion, investment, barriers, alternatives, constraint: Why do people stay together when they really don't want to? Proceeding of Theory and Research Methodology Workshop, National Council on Family Relation Annual Meeting; Dallas, TX; 1985:45-53.
48. Noohi S, Azar M, Shafiee Kandjani A, Tajik A. Knowledge and Beliefs of Couples attending Marriage Counseling Centers toward correct sexual relationships. Hayat J. 2007;13(3):77-83.
49. Masters W, Johnson V, Kolodny R. Violence against women. Elsevier J. 1979;8(6):199-210.
50. Yousefi A. Investigating the relationship between sexual knowledge and attitude with marital satisfaction. Master Thesis. Shahid Beheshti University. 2006:16-25.
51. Navandegan Z. Women's sexual problems. Seminar on the status of sexual health in fertility and infertility (Abstract). Tehran. Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. 2005:14-25.
52. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. Int J Impot Res. 2008;20(5):466-78.
53. Ohadi B. Human sexual desires and behaviors. Esfahan. Sadegh Hedayat Publications. 2005:103-112.
54. Dehghani A. The effect of Jenny skills training on changing couples' sexual attitudes. Master Thesis. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. 2004:8-16.
55. Spence S. Treatment of sexual disorders. Johnny H. Tuzandeh translation. Tehran. Peyk Farhang Publications. 2003:56-212.
56. Huei S, Lindsey C, Elliot T. Church attendance and marital commitment beliefs of undergradguate women. journal of applied social psychology. 2007;37(3):501-14.
57. Lambert N, Dollahite D. The Threefold cord: Marital commitment in Religious Couples. Journal of family Issues. 2008;2(9):592-614.
58. Rabinson C, Blanton W. Marital strengths in enduring marriages, family relations. Elsevier J. 1993;4(2):1-6.
59. Harmon D. Black men and marriage: the impact of spirituality. Religiousity, and marital commitment on satisfaction. Unpublished doctoral dissertation, university of Alabama. 2005:106-12.
60. Khanbabaei M, Mobaraki-Asl N, Ghavami Z, Zharfi M, Mehdinavaz Aghdam A. Sexual Violence against Mastectomy Women Improved from Breast Cancer. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2019;22(/5):52-60.
61. Mohammadkhani P, Azadmehr H, Motaghi S. Association between the Types of Violence in Couple Relationship and Marital Attitudes in Sexual Coerced Victims. IJPCP. 2010;16(3):195-202.
62. Kargar Jahromi M, Jamali S, Rahmanian Koshkaki A, Javadpour S. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Women by Their Husbands in Iran. Glob J Health Sci. 2015;8(5):175-83.



**Frequency of sexual violence and its relation to sexual satisfaction in married women in Ardebil**

**Abstract**

**Background**: Considering that no such study has been conducted in Ardabil, especially in the suburbs, in this study we aimed to investigate the frequency of sexual violence and its relationship with marital satisfaction in married women on the outskirts of Ardabil.

**Aim:** To determine the frequency of sexual violence and its relationship with sexual satisfaction in married women on the outskirts of Ardabil.

**Methods and material:** In this study, the statistical population was all women living on the outskirts of Ardabil who referred to rural urban health centers. The sampling method was stratified, during which we selected a number from each health unit as a sample and entered the study. Finally, 200 people were selected from 20 health centers. The Larson Sexual Satisfaction Questionnaire and the Sexual Violence Researcher Questionnaire were used to collect information. Due to the normality of data distribution, the Pearson Correlation Test (Pearson Correlation Test) was used to determine the relationship between quantitative variables.

**Results:** The present study was performed on 200 married women on the outskirts of Ardabil. In this study, a researcher-made questionnaire was used and its validity and reliability were assessed before sampling. Summarizing the results showed that in our study, 84.5% reported sexual violence as moderate and 10.5% as high. 5% also described this index as low. The results of our study showed that sexual violence has a positive and statistically significant relationship with all sub-criteria as well as the total score of sexual satisfaction. In other words, as sexual satisfaction increases, so does sexual violence. The frequency of moderate sexual violence was the highest in all age groups. In the 26 to 30 age group, 24.4% of women reported severe sexual violence. This study showed that in couples with an age difference of 5 to 10 years, sexual violence has a positive and significant relationship with sexual adjustment, quality of life and sexual attitude (P <0.05) and also in couples with more than 10 years of sexual violence with Sexual compatibility and quality of life show a positive and significant relationship (P <0.05). Women with university education also reported 78% moderate sexual violence and 17.1% severe sexual violence.

**Conclusion**: In the present study, we showed that most of the women in the suburbs of the city face moderate sexual violence. Sexual violence also increases with increasing sexual satisfaction.

**Keywords:** Sexual Violence, Sexual Satisfaction, Married Women, Suburbs



**Ardabil University of Medical sciences**

**Faculty of Medicine**

**A Thesis submitted for Doctorate Degree in Medicine**

**Frequency of sexual violence and its relation to sexual satisfaction in married women in Ardebil**

**by**

**Nazanin Ekhtiari**

**Supervisors**

**Dr. Saeed Sadeghieh Ahari**

**Dr. Leila Raeisi**

**Advisor**

**Dr. Pooran Akhavan Akbari**

**February 2021**

**Thesis No: 0877**

1. hymen [↑](#footnote-ref-1)
2. clitoris [↑](#footnote-ref-2)
3. testis [↑](#footnote-ref-3)
4. epidiymis [↑](#footnote-ref-4)
5. Vasde ferens [↑](#footnote-ref-5)
6. Seminal ciesicle [↑](#footnote-ref-6)
7. Prostate gland [↑](#footnote-ref-7)
8. penis [↑](#footnote-ref-8)
9. Sexual desire [↑](#footnote-ref-9)
10. arousal [↑](#footnote-ref-10)
11. Orgasm [↑](#footnote-ref-11)
12. resolution [↑](#footnote-ref-12)
13. basson [↑](#footnote-ref-13)
14. basson [↑](#footnote-ref-14)
15. Adrchetype [↑](#footnote-ref-15)
16. anima [↑](#footnote-ref-16)
17. animus [↑](#footnote-ref-17)
18. adler [↑](#footnote-ref-18)
19. maslow [↑](#footnote-ref-19)
20. ragers [↑](#footnote-ref-20)
21. parls [↑](#footnote-ref-21)
22. rosenberg [↑](#footnote-ref-22)
23. Vanlaningham [↑](#footnote-ref-23)
24. Janson and amato [↑](#footnote-ref-24)
25. Karney and frye [↑](#footnote-ref-25)
26. steven [↑](#footnote-ref-26)
27. Stanly and markman [↑](#footnote-ref-27)
28. Testa and leonard [↑](#footnote-ref-28)
29. Over protection [↑](#footnote-ref-29)
30. yslma and marrow [↑](#footnote-ref-30)
31. Shapiro [↑](#footnote-ref-31)
32. Olson, t.d. [↑](#footnote-ref-32)
33. Rosen, Raymond c. bachman .goloria a. [↑](#footnote-ref-33)
34. Toletedet and staces [↑](#footnote-ref-34)
35. Ergun [↑](#footnote-ref-35)
36. Position [↑](#footnote-ref-36)
37. glaser [↑](#footnote-ref-37)
38. Practical [↑](#footnote-ref-38)
39. Hatfield [↑](#footnote-ref-39)
40. Roj and pollak [↑](#footnote-ref-40)
41. Denny [↑](#footnote-ref-41)
42. Field [↑](#footnote-ref-42)
43. Quadagno [↑](#footnote-ref-43)
44. For play [↑](#footnote-ref-44)
45. Brody [↑](#footnote-ref-45)
46. fischer [↑](#footnote-ref-46)
47. hess [↑](#footnote-ref-47)
48. Kapinus, c.a., Johnson. M. p. [↑](#footnote-ref-48)
49. Oleary and arias [↑](#footnote-ref-49)
50. Masters, w.h. Johnson, v.e. [↑](#footnote-ref-50)
51. Social science [↑](#footnote-ref-51)
52. Sherwood elen m [↑](#footnote-ref-52)
53. Commmitment [↑](#footnote-ref-53)
54. Robinson linsa c and Blanton Priscilla w. [↑](#footnote-ref-54)
55. Clements r., swensen,c.h. [↑](#footnote-ref-55)
56. Marital quality [↑](#footnote-ref-56)
57. Fenell, d.l. [↑](#footnote-ref-57)
58. Oklahoma [↑](#footnote-ref-58)