



بدهمکردی جنسی، رفتارهای وسواسی و جهت‌گیری مذهبی در زنان متأهل

مهرانگیز شعاع کاظمی: دانشیار، گروه مطالعات زنان و خانواده، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)

m.shkazemi@alzahra.ac.ir

افسون ملازاده نوران: دانشجوی دکتری مطالعات حقوق خانواده، دانشگاه شهید بهشتی (ره)، تهران، ایران

فریبا جعفری: کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

بدهمکردی جنسی،

جهت‌گیری مذهبی،

رفتارهای وسواسی،

زنان متأهل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۲/۱۶

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین بدهمکردی جنسی، رفتارهای وسواسی و جهت‌گیری مذهبی در زنان متأهل انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان زن متأهل دانشگاه آزاد واحد تهران شمال در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. ۲۵۰ نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌های پژوهش توسط پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس (۱۹۶۷)، پرسش‌نامه بدهمکردی جنسی زنان (FSFI) روزن و همکاران (۲۰۰۰) و مقیاس وسواس فکری - عملی مادزلی (۱۹۷۷) جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بدهمکردی جنسی با رفتارهای وسواسی و جهت‌گیری مذهبی رابطه معنادار دارد ($P \leq 0/01$). همچنین جهت‌گیری مذهبی با هر دو بعد خود می‌تواند بدهمکردی جنسی را پیش‌بینی کند ($P < 0/01$) و همچنین جهت‌گیری مذهبی می‌تواند رفتارهای وسواسی را پیش‌بینی کند ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق حاکی از رابطه معنی‌دار بین جهت‌گیری مذهبی و بدهمکردی جنسی و رفتارهای وسواسی می‌باشد؛ بنابراین لازم است روانشناسان برنامه‌های آموزشی جهت حل مسئله تدوین و اجرا نمایند و با توجه به اهمیت جهت‌گیری مذهبی، برنامه‌های پیشگیری و درمانی خاصی را مورد توجه قرار دهند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Shoakazemi M, Mollazadeh noran A, Jafari F. Sexual Dysfunction, Obsessive Behaviors, and Religious Orientation in Married Women. Razi J Med Sci. 2023;30(2): 159-172.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.

Sexual Dysfunction, Obsessive Behaviors, and Religious Orientation in Married Women

Mehrangiz Shoaakazemi: Associate Professor, Department of Women and Family Studies, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran (* Corresponding author) m.shkazemi@alzahra.ac.ir
Afsson Mollazadeh noran: PhD Student of Family Law Research, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
Fariba Jafari: MA of Psychology, Islamic Azad University, North Branch, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Throughout history, humans need to have sexual intercourse, at least in order to reproduce and perpetuate their offspring, so sexual activity has become an important aspect of human life(3). One of the most important philosophies in forming a married life is for a couple to come together to have tranquility and comfort. This comfort depends on some factors, one of the most obvious of which is healthy sex. Sex, a four-stage response cycle including sexual desire, arousal, orgasm, and suppression, is a significant aspect of married life. Any disorder in one of these stages may interfere with a person's sexual function and lead to sexual dysfunction (4). In general, the main feature of sexual disorders is a disorder in the processes of the normal stages of sexual intercourse or pain that occurs during sexual intercourse. For each of these disorders, which occurs in the four stages of sexual activity, there are specific diagnostic criteria: the disorder in sexual activity must cause suffering and discomfort, affect the marital relationships, and be continuous and frequent (5). In a study, Froutan et al. (6). examined the sexual dysfunction of divorced couples. The results showed that 77% of women had sexual dysfunction, therefore even people successful in sex may have some problems in their sexual activity. Dosti and Vaziri(2018) (8) reported a high prevalence of the sexual disorder in their study and showed that sexual problems are a widespread health problem in women. Researchers believe that in order to better understand sexual activity and its development in humans, it is necessary to study all aspects of human beings including physical (such as genetics, hormones), mental (such as how one feels about oneself and others), social (the relationship between self and others) and spiritual aspects (such as religion, values, and beliefs) (10). Therefore, beliefs, attitudes, and religion are among the influential factors in the sexual behavior of individuals. In general, religious attitudes can be effective in marital relationships; because religion has guidelines, a system of beliefs and values that can affect marital life (11). Husseni nasab et al. (2018) evaluated the role of religion on marital relations and sexual activity as positive (12). Kamyabi niya et al. (2015) in their study showed that there is a positive and meaningful relationship between sex and religion. In other words, people with desirable sexual activity have a higher religious health score (13).

According to Allport and Ross theory, religious orientation which is based on two types; internal and external means the tendency to perform religious practices and thoughts (15). Internal religious orientation has a motivational aspect, organized, and internal principles and does not require other stimuli. External religious orientation is external and is a factor in satisfying personal needs such as status and security. External orientation is considered an immature or less mature religion (16). One of the other variables of the present research is a practical obsession. Studies have shown that obsessive disorder run in families (17). These obsessive-compulsive behaviors lead to considerable confusion and cause severe impairment in psychosocial functioning (18). Obsessive- compulsive behaviors are recurring and persistent thoughts, desires, or perceptions that are experienced as disturbing and unwanted; Practical obsessions, on the other hand, are repetitive behaviors or mental actions that a person feels compelled to perform in response to an obsession or in accordance with rules that must be strictly enforced (18). In societies with high religious beliefs, obsessive thoughts are more prevalent. This indicates the role and relationship of religion with obsessive behaviors

Keywords

Sexual Dysfunction,
Religious Orientation,
Obsessive Behaviors,
Married Women

Received: 04/03/2023

Published: 06/05/2023

confirmed by various studies. Many studies have shown that external religious orientation is both directly and indirectly (through feelings of extreme responsibility and guilt) associated with signs of practical obsessive disorder (21). According to different research, one of the variables related to religious orientation is a practical obsession; therefore, in this study, we will consider the relationship between sexual dysfunction, obsessive behaviors, and religious orientation. A positive point of the present study is that unlike other studies that have dealt more with the relationship between obsessive-compulsive disorder and sexual dysfunction or the relationship between religious orientation and obsessive-compulsive disorder; the present study intends to investigate the relationship among all these three variables. Based on the results of this study, many marital differences and dissatisfaction can be reduced and family stability and continuity can be provided. In general, considering the effective nature of sexual disorders in various aspects of life, especially the importance of this issue on marital relationships, it seems necessary to identify the factors influencing sexual activity. One of these factors is the cultural values of the society e.g. religion. Considering the religious context of Iranian society, conducting research on the role of religious orientation in sexual function and practical obsessive behavior of women is very important; therefore, the main question of the present research is whether there is a meaningful relationship between sexual dysfunction, obsessive behaviors, and religious orientation of married women?

Methods: The present study is a descriptive-correlational study. The statistical population of this study included all married female students of North Tehran Azad University in the academic year 2020-2021. According to the statistical sample based on Klein theory, in factor analysis, 10 or 20 samples are required for each variable, but the minimum sample size of 200 is defensible. 250 students of North Tehran Azad University were selected based on the available sampling method.

The ethics code of the present study is IR.ALZAHRA.REC.1401.014. Research instruments include the standard female sexual dysfunction questionnaire, the Allport Veras religious orientation questionnaire, and the standard Madzli obsessive-compulsive disorder questionnaire.

Results: The results show that the correlation coefficients between the dimensions of sexual dysfunction with the dimensions and the total score of obsessive behaviors are positive and significant ($P \leq 0.01$). Regression coefficients show that in the best predictive model for the dimensions and total score of marital satisfaction of couples, only the psychological dimension can predict the criterion variable. There is also a significant relationship between sexual dysfunction and its subscales with religious orientation ($P \leq 0.01$). Regression coefficients also show that both dimensions of religious orientation can predict sexual dysfunction ($P < 0.01$). Religious orientation also has a significant relationship with obsessive behaviors in married women and predicts it ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the results, religious orientation is able to predict sexual dysfunction and obsessive behaviors. Other results indicate significant relationships between sexual dysfunction and obsessive-compulsive behaviors and religious orientation. In other words, religion as a coping factor can be associated with many psychological and behavioral disorders, including obsessive-compulsive disorder and sexual dysfunction, and generally predict mental health in individuals. In other words, religion can play a positive role in reducing sexual dysfunction and obsessive behaviors, so it is necessary for psychologists to develop and implement educational programs to solve such kinds of problems, highlight the importance of religious orientation, and pay special attention to preventing and treatment programs.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Shoakazemi M, Mollazadeh noran A, Jafari F. Sexual Dysfunction, Obsessive Behaviors, and Religious Orientation in Married Women. *Razi J Med Sci.* 2023;30(2): 159-172.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

سالم‌ترین جامعه بشری جامعه‌ای است که کوچک‌ترین واحد آن یعنی خانواده، سالم باشد. زن و شوهر به یکدیگر عشق بورزند و بر پایه آن کانون خانواده گرم و شاداب شود (۱). یکی از مظاهر زندگی اجتماعی وجود تعامل سازنده میان زن و شوهر و برقرار بودن عشق و ابراز صمیمیت به یکدیگر است (۲). در زندگی انسان‌ها رفتار جنسی نقش اساسی دارد. این رفتار کاملاً شخصی و خصوصی است که افراد به‌ندرت آن را با دیگران در میان می‌گذارند. در طول تاریخ انسان‌ها حداقل به‌منظور تولیدمثل و تداوم نسل خود نیازمند برقراری آمیزش جنسی بوده‌اند؛ از این‌رو فعالیت جنسی به یکی از ابعاد مهم زندگی افراد تبدیل شده است (۳).

از مهم‌ترین فلسفه‌های تشکیل زندگی مشترک، آرامش یافتن زن و شوهر در کنار یکدیگر است. این آرامش به عواملی وابسته است که یکی از بارزترین آن‌ها، رابطه جنسی سالم است. عملکرد جنسی، جنبه مهمی از کیفیت زندگی زناشویی و یک چرخه پاسخ چهارمرحله‌ای اعم از میل جنسی، برانگیختگی، اوج لذت جنسی و فرونشینی می‌باشد. هرگونه اختلال در یکی از این مراحل ممکن است با عملکرد جنسی فرد تداخل کرده و منجر به ایجاد اختلالات جنسی شود (۴).

به‌طور کلی، ویژگی اصلی اختلالات جنسی اختلال در فرایندهایی است که جزء مراحل عادی آمیزش جنسی به‌حساب می‌آیند، یا دردی است که به‌هنگام آمیزش جنسی روی می‌دهد. برای هر یک از این اختلالات، که در مراحل چهارگانه فعالیت جنسی روی می‌دهند، معیارهای تشخیصی خاصی وجود دارد: مشکل موردنظر باید باعث رنج و ناراحتی فرد شود، در روابط او با همسرش تأثیر بگذارد و مستمر و مکرر باشد (۵). در مطالعه فروتن و همکاران (۶) که به بررسی اختلال عملکرد جنسی زوجین متقاضی طلاق پرداختند، ۷۷٪ زنان دچار نارسایی جنسی بودند؛ بنابراین حتی در افراد موفق از نظر جنسی ممکن است مشکلاتی وجود داشته باشد. در مطالعات میشل و همکاران (۷) اختلال عملکرد جنسی در زنان ۵۱٪ و در مردان ۴۱٪ گزارش شد. دوستی و وزیری (۸) نیز در مطالعات خود از شیوع بالای این اختلال گزارش می‌کنند و معتقدند که این مشکلات جنسی به‌عنوان یک مشکل بهداشتی گسترده در زنان

مطرح می‌باشد.

روابط جنسی، یکی از اجزای اساسی زندگی هر زن و جزء مهمی از سلامت وی در طول زندگی محسوب می‌شود (۹). محققان بر این باور می‌باشند که برای درک بهتر امور جنسی و تکامل آن در انسان ناگزیر باید مجموعه وجودی انسان را که شامل اجزاء جسمی مانند ژنتیک، هورمون‌ها، بعدروانی (مانند احساس فرد نسبت به خود و دیگران)، اجتماعی (مانند ارتباط بین خود و دیگران)، فطری و معنوی (مانند مذهب، ارزش‌ها، باورها) می‌باشد را در نظر گرفت (۱۰). نگرش مذهبی می‌تواند در ارتباط زناشویی مؤثر باشد، زیرا مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی و ارائه‌دهنده سامانه باورها و ارزش‌ها است که این ویژگی‌ها می‌توانند زندگی زناشویی را متأثر سازد (۱۱). حسینی نسب و همکاران (۱۲) نقش مذهب را بر روابط زناشویی و عملکرد جنسی، مثبت ارزیابی کردند. کامیابی نیا و همکاران (۱۳) معتقدند آموزش جنسی توأم با آموزه‌های دینی بر عملکرد جنسی و مؤلفه میل و رضایت جنسی تأثیرگذار می‌باشد. در مطالعه سیستماتیک سنچز و همکاران (۱۴) رضایت جنسی با متغیرهای دموگرافی، فردی - اجتماعی، سلامت جسمی و روانی، متغیرهای حمایت اجتماعی، روابط خانوادگی، عقاید و ارزش‌های فرهنگی مانند مذهب مرتبط بود. کامیابی نیا و همکاران (۱۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند بین مذهب و عملکرد جنسی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ بدین معنا که افراد با عملکرد جنسی مطلوب، نمره سلامت مذهبی بالاتری دارند.

بر اساس نظریه آلپورت و راس، جهت‌گیری مذهبی به معنای گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است (۱۵)؛ که بر دو نوع درونی و بیرونی استوار است. جهت‌گیری مذهبی درونی به‌تنهایی به سمت جنبه انگیزشی سوق دارد و به محرک‌های دیگر نیازی ندارد و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است. جهت‌گیری مذهبی بیرونی، امری خارجی می‌باشد و عاملی برای ارضای نیازهای شخصی همچون مقام و امنیت است. برخی جهت‌گیری مذهبی بیرونی را یک مذهب نابالغ یا کمتر رسش یافته می‌دانند (۱۶).

یکی از متغیرهایی دیگر که در این پژوهش درصدد بررسی آن هستیم رفتارهای و سواستی است. پژوهش‌ها

هرروزه مبتلابه و سواس می‌شوند. فاجعه زمانی است که فرزندان افراد و سواسی نیز پی‌درپی به تعداد و سواسی‌ها افزوده می‌گردند. می‌توان گفت خساراتی که افراد و سواسی به خود، خانواده و جامعه از هر بعد وارد می‌کنند، بسیار سنگین اما چشم‌پوشی شده است (۲۲)؛ بنابراین با توجه به پژوهش‌های انجام شده یکی از متغیرهایی که با جهت‌گیری مذهبی ارتباط دارد، و سواس فکری عملی می‌باشد؛ لذا در این پژوهش رابطه بین بدعملکردی جنسی، رفتارهای و سواسی و جهت‌گیری مذهبی را مورد توجه قرار خواهیم داد.

روان‌شناسان در سال‌های اخیر برای راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آن‌ها نقش قائل هستند. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به‌منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی فشار آور به کار می‌گیرد. یکی از شیوه‌هایی که اخیراً روند رو به گسترش پیدا کرده است شیوه‌های مقابله‌های مذهبی و معنوی است. رفتارهای مذهبی ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنی‌دار زندگی دارند. رفتارهای از قبیل توکل به خدا، دعا، زیارت و درد دل با خداوند در هنگام مشکلات می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش مثبت موجب آرامش درونی در فرد شوند. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که این نوع مقابله‌ها هم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند؛ بنابراین به کارگیری آن‌ها برای اکثر افراد، منجر به سلامتی و امیدواری بیشتر آنان می‌شود (۲۳). لذا، با توجه به پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج، به نظر می‌رسد مذهب به عنوان عامل مقابله‌ای می‌تواند بسیاری از اختلالات روانی و رفتاری از جمله و سواس فکری عملی و بدعملکردی جنسی ارتباط داشته و به طور کلی سلامت روان را در افراد پیش‌بینی نماید. ویژگی پژوهش این است که در مطالعات صورت گرفته، بیشتر به رابطه بین و سواس فکری عملی با بدعملکردی جنسی و یا رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با و سواس فکری عملی پرداختند؛ درحالی که پژوهشگر در اینجا قصد بررسی رابطه بین هر سه متغیر با هم را

نشان داده‌اند که و سواس‌ها در خانواده‌ها جریان دارد (۱۷). این رفتارهای و سواس گونه، منجر به آشفتگی قابل‌ملاحظه شده و باعث آسیب‌دیدگی شدید در عملکرد روانی - اجتماعی می‌گردد (۱۸). در گذشته، و سواس اختلالی درمان‌نشده به شمار می‌رفت و با توجه به طبیعت مزمن آن، افراد دچار و سواس چندین دهه از عمر خود را بدون رهایی از نشانه‌های این اختلال طی می‌کردند. اختلال و سواس فکری - عملی یک موقعیت ناتوان‌کننده محسوب می‌شود که می‌تواند کیفیت زندگی را به‌طور معناداری کاهش دهد. میزان شیوع جهانی این اختلال در ۱/۱ تا ۱/۸ درصد جمعیت عمومی تخمین زده شده است. این اختلال با وجود و سواس‌های فکری و یا و سواس‌های عملی مشخص می‌شود. و سواس‌های فکری، افکار، امیال، یا تصورات عودکننده و مداوم هستند که به‌صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند؛ درحالی که و سواس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به و سواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آن‌ها می‌شوند (۱۸). رفتارهای و سواسی می‌تواند به‌طور گسترده‌ای زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۹). تأثیر نشانه‌های رفتارهای و سواسی از مزاحمت‌های جزئی تا عذاب‌های عمده متغیر است. در مورد بسیاری از افراد مبتلا، نشانه‌های اختلال می‌تواند تأثیر عمیقی بر حیطه‌های مختلف زندگی، به‌ویژه در روابط دوستانه و اعتمادبه‌نفس ایشان بگذارد. در برخی موارد این «آثار فرعی» حتی می‌تواند بدتر از خود و سواس‌ها باشد (۲۰). پژوهش‌های بسیاری بیانگر این بودند که جهت‌گیری مذهبی بیرونی هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیر-مستقیم (از طریق احساس مسئولیت افراطی و احساس گناه) با نشانه‌های و سواس فکری عملی ارتباط دارد (۲۱). به‌هرحال، و سواس و سواسی بسیار گسترده است؛ به‌طوری‌که در جوامع پیشرفته مورد توجه جدی قرار گرفته و سازمان‌های مختلفی در این زمینه فعالیت می‌کنند. تجارب بالینی نشان می‌دهد که به دلایل متعدد فرهنگی، تربیتی و فشارهای متفاوت و مداوم، تعداد بیشتری از مردم

فکری عملی زنان روشن سازد، از اهمیت پژوهشی برخوردار است؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش، تعیین رابطه بین بدعملکردی جنسی، رفتارهای وسواسی و جهت‌گیری مذهبی در زنان متأهل می‌باشد؛ بنابراین سوال اصلی پژوهش این است که آیا بین بدعملکردی جنسی، رفتارهای وسواسی و جهت‌گیری مذهبی زنان متأهل، رابطه معنادار وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان زن متأهل دانشگاه آزاد تهران شمال در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. نمونه آماری بر اساس نظریه کلان در تحلیل عاملی برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است، اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است که در پژوهش حاضر به دلیل وجود ۱۳ خرده مقیاس در پرسش‌نامه‌ها حداقل ۱۳۰ تا ۲۶۰ نمونه قابل پذیرش بود که در نهایت با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۵۰ نمونه از دانشجویان دانشگاه آزاد تهران شمال که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و پس از هماهنگی با مسئولان مربوطه دانشگاه آزاد تهران شمال، پرسش‌نامه‌ها در اختیار ۲۵۰ شرکت‌کننده قرار گرفت و آن‌ها به صورت انفرادی به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. به دانشجویان هدف پژوهش توضیح داده شد. همچنین از دانشجویان خواسته شد کلیه ماده‌های آزمون‌ها را به‌دقت بخوانند، مناسب‌ترین گزینه را انتخاب کنند و هیچ پرسشی را بدون پاسخ نگذارند. لازم به اشاره است که معیار ورود در این پژوهش، متأهل و زن بودن و دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال بودن، بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از خی ۲ و ضریب همبستگی پیرسون، واز تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. برای افرادی که تمایل به اطلاع از نتیجه کار پژوهشی داشتند ایمیلی در اختیار آن‌ها قرار داده شد که با محقق در ارتباط بوده و نتیجه به آن‌ها ارسال شود. همچنین اخلاق پژوهش (اطمینان از

دارد؛ تا بتوان با تکیه بر نتایج حاصل از این پژوهش، بسیاری از اختلافات و نارضایتی‌های زناشویی را کاهش داده و ثبات و تداوم خانواده را فراهم ساخت.

در نهایت باید گفت ارضای نیازهای جنسی و رضایت حاصل از آن، از عوامل مؤثر در بهداشت جسم و روان افراد است و بر دوام و استحکام بنیان خانواده نیز می‌افزاید. اختلال عملکرد جنسی، یک مشکل رایج در تمام سنین در زنان است که تأثیرات منفی نه تنها بر کیفیت زندگی آنان، بلکه بر عملکرد جنسی و کیفیت زندگی همسرانشان و حتی اجتماع نیز خواهد گذاشت. در نظر گرفتن ماهیت چندبعدی اختلال عملکرد جنسی و پیامدهای منفی آن، این نیاز را ایجاد می‌کند که این مشکل در مراحل اولیه قبل از اینکه تأثیرات خود را در آینده بگذارد، شناسایی و درمان شود. باتوجه به اینکه طبق بررسی‌های انجام شده در ایران ۳۱ درصد از زنان در سال ۱۳۸۴ دارای اختلال عملکرد جنسی بودند و باتوجه به مسائل فرهنگی که بسیاری از زنان تمایلی به صحبت درباره مشکلات جنسی خود ندارند؛ لذا پیش‌بینی می‌شود که آمار به‌دست‌آمده کمتر از آمار واقعی باشند؛ بنابراین مشکلات جنسی به‌عنوان یک مشکل بهداشتی گسترده در زنان ایرانی مطرح است. زنان، نیمی از جمعیت کشور ما را تشکیل می‌دهند مشکلات جسمی و روانی ناشی از اختلالات جنسی در آنان می‌تواند بر روابط بین فردی زنان صدمه زده و عامل بازدارنده در فعالیت‌های اجتماعی، شخصی و سازگاری زناشویی باشد. لذا، شناخت مراحل آسیب‌پذیر رابطه زناشویی و طراحی مداخلات آموزشی و درمانی در جهت حفظ، ادامه داشتن و ارتقاء این واحد اجتماعی بسیار حساس، از ضرورت‌ها است. بنابراین باتوجه به ماهیت تأثیرگذار اختلالات جنسی در ابعاد مختلف زندگی، به خصوص اهمیت این موضوع بر روابط زناشویی بین زوجین، تشخیص عوامل اثرگذار بر آن لازم و ضروری به نظر می‌رسد. یکی از این عوامل، ارزش‌های فرهنگی جامعه از جمله مذهب است؛ باتوجه به بافت مذهبی جامعه ایرانی و نتایج حاصل از تحقیقات بر رابطه بین مذهب با وسواس فکری، انجام پژوهشی که بتواند نقش جهت‌گیری مذهبی را در عملکرد جنسی و وسواس

(۲ سؤال)، اختلال انگیختگی جنسی (۴ سؤال)، اختلال ارگاسمی (۳ سؤال)، اختلال درد جنسی (۳ سؤال) و رطوبت مهبل (۴ سؤال) و رضایتمندی (۳ سؤال) است. نمره‌دهی سؤال‌ها بر اساس سیستم نمره‌دهی صفر تا پنج است. با جمع کردن نمره‌های شش حوزه، نمره کل مقیاس ۳۶ به دست می‌آید. حداقل امتیاز حاصل از پاسخ‌دهی به سؤالات، ۲ و حداکثر ۳۶ می‌باشد که امتیاز کمتر از ۱۰ اختلال عملکرد جنسی شدید، ۱۷-۱۱ اختلال عملکرد متوسط، ۲۳-۱۸ اختلال عملکرد ضعیف و بالای ۲۳ عدم اختلال عملکرد جنسی را نشان می‌دهد. اعتبار آن را محمدی و همکاران برآورده کرده‌اند که اعتبار باز آزمایشی را برای خرده مقیاس‌های بدعملکردی جنسی اختلال میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد جنسی، رطوبت مهبل و رضایتمندی به ترتیب برابر ۸۱/۷۹، ۷۸/۰، ۸۴/۰، ۸۱/۰، ۸۷/۰ و آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب برابر ۸۴/۰، ۸۹/۰، ۸۶/۰، ۸۸/۰، ۸۷/۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۸۷/۰ به دست آمد.

مقیاس وسواس فکری - عملی مادزلی (Maudsley

Obsessional Compulsive Inventory): این مقیاس توسط هاجسون و راجمن به‌منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه‌شده است. این پرسش‌نامه شامل ۳۰ پرسش به صورت صحیح - غلط است. ۲۸ سؤال مربوط به وسواس عملی و تنها دو سؤال ۲ و ۵ مربوط به وسواس فکری است. افزون بر نمره کل وسواس، مقیاس مادزلی شامل ۵ خرده مقیاس واری، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی می‌باشد. بیشترین نمره کلی آزمون ۳۰ است و بیشترین نمره در چهار خرده مقیاس واری، شستشو، کندی و شک به ترتیب ۹، ۱۱، ۷، ۷ است. برخی از پرسش‌ها به بیش از یک زیرمجموعه تعلق دارند و بنابراین نمره کلی آزمون کمتر از جمع نمره‌های زیر مقیاس‌ها است. راجمن و هاجسون روایی همگرا و پایایی بازآزمایی این مقیاس را رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند و روایی سازه این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تأیید نمودند. بررسی‌ها نشان دادند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی

گمنامی شرکت‌کنندگان، انجام کلیه مراحل توسط خود پژوهشگر، صداقت با شرکت‌کننده‌ها، صداقت در تحلیل و گزارش داده‌ها) در حین انجام کار رعایت شد. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.ALZAHRA.REC.1401.014 می‌باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه استاندارد به شرح ذیل استفاده شد:

پرسش‌نامه جهت‌گیری‌های مذهبی: پرسش‌نامه جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهبی توسط آلپورت و راس (۱۹۶۷) برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب تهیه‌شده است. این آزمون در سال ۱۳۷۹ ترجمه و هنجاریابی شده است و شامل ۲۱ عبارت است. شامل دو مؤلفه جهت‌گیری مذهبی بیرونی با سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و جهت‌گیری درونی با سؤالات ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ است. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۱ پرسش چهارگزینه‌ای است که میزان جهت‌گیری مذهبی افراد را می‌سنجد. گزینه‌های کاملاً مخالفم و تقریباً مخالفم، گزینه‌های منفی و تقریباً موافقم و کاملاً موافقم گزینه‌های مثبت این پرسش‌نامه هستند. همسانی درونی این آزمون در ایران ۰/۷۱ و پایایی باز آزمایی ۰/۷۴ گزارش شده است. همچنین برخی دیگر از پژوهش‌ها پایایی آن را ۰/۷۱ محاسبه کرده‌اند (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۰). جهت روایی ملاک برای هر طیف، سنج‌های معتبر و جاافتاده در نظر گرفته‌شده که این گویه‌ها در پرسش‌نامه برای هر طیف به صورت یک سؤال کلی در رابطه با همان طیف واردشده و پاسخگویان برحسب موافقت یا مخالفت با آن گویه، نمره‌ای از صفر تا ۲۰ را انتخاب می‌کردند. از آنجایی که این نمره به صورت فاصله‌ای وارد شده است ضریب همبستگی به دست آمده از این آمار برای سلامت روانی ($r=0/77$) و جهت‌گیری مذهبی ($r=0/81$) معنادار است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه عملکردی جنسی زنان (Female

Sexual Function Index): این پرسش‌نامه توسط روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شد. این پرسش‌نامه با ۱۹ سؤال، بدعملکردی جنسی زنان را می‌سنجد و دارای خرده مقیاس‌های اختلال میل جنسی

حساس بوده و پایایی آن با روش بازآزمایی در حد مطلوب است. دادفر ضریب پایایی را $0/84$ و روایی همگرایی آن را با مقیاس اجباری ییل براون $0/87$ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس $0/85$ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام به واسطه نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۲۵۰ نفر از زنان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال انجام شد. شاخص‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد $10/9$ درصد از نمونه‌ها تحصیلات زیر دیپلم، $20/9$ درصد تحصیلات دیپلم، $4/5$ درصد تحصیلات فوق دیپلم، $38/2$ درصد لیسانس، $22/7$ درصد فوق لیسانس و $2/7$ درصد بدون پاسخ بودند. $3/6$ درصد مجرد، $89/1$ درصد متأهل، $2/7$ درصد مطلقه و $1/8$ درصد همسر فوتی و $2/7$ درصد بدون

پاسخ بودند.

نتایج نشان می‌دهد که ضرایب همبستگی بین ابعاد بدعملکردی جنسی با ابعاد و نمره کل رفتارهای وسواسی مثبت و معنادار است ($P < 0/05$). نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که در بهترین مدل پیش‌بینی برای ابعاد و نمره کل رفتارهای وسواسی، مقادیر ضریب همبستگی چندگانه متغیر پیش‌بین با ملاک از $0/28$ تا $0/55$ در تغییر است که نشان دهنده رابطه در حد متوسط بین متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک است. آزمون نشان می‌دهند که مدل رگرسیون با متغیر پیش‌بین و ملاک از برازش خوبی برخوردارند و تغییرات تبیین شده توسط مدل واقعی بوده و ناشی از تصادف نیست. همچنین نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین توانسته است تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی کند. با احتمال بیش از 99 درصد این متغیر در پیش‌بینی و تغییرات متغیر ملاک سهیم است.

ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که در بهترین مدل پیش‌بینی برای ابعاد و نمره کل رضایت زناشویی

جدول ۱- خلاصه مدل رگرسیون و نتایج تحلیل واریانس رفتارهای وسواسی بر حسب بدعملکردی جنسی

| متغیر ملاک | متغیرهای پیش‌بین | R | R ² | Adjusted R ² | F | سطح معناداری |
|-------------|------------------|------|----------------|-------------------------|-------|--------------|
| وارسی | اختلال میل جنسی | 0/55 | 0/25 | 0/25 | 44/83 | 0/0001 |
| شست و شو | انگیختگی جنسی | 0/44 | 0/19 | 0/18 | 31/02 | 0/0001 |
| کندی | اختلال ارگاسمی | 0/46 | 0/21 | 0/20 | 34/65 | 0/0001 |
| شک و تردید | اختلال درد جنسی | 0/28 | 0/14 | 0/14 | 21/89 | 0/0001 |
| نشخوار ذهنی | رضایتمندی | 0/44 | 0/19 | 0/19 | 31/79 | 0/0001 |

جدول ۲- ضرایب رگرسیون گام به گام رفتارهای وسواسی بر حسب بدعملکردی جنسی

| متغیر ملاک | متغیرهای پیش‌بین | ضرایب غیر استاندارد | | T | Beta |
|-------------|------------------|---------------------|------------|------|------|
| | | B | خطای معیار | | |
| وارسی | اختلال میل جنسی | 0/92 | 0/14 | 6/70 | 0/55 |
| | انگیختگی جنسی | | | | |
| | اختلال ارگاسمی | | | | |
| | اختلال درد جنسی | | | | |
| | رضایتمندی | | | | |
| شست و شو | انگیختگی جنسی | 0/59 | 0/11 | 5/57 | 0/44 |
| کندی | اختلال ارگاسمی | 0/50 | 0/08 | 5/89 | 0/46 |
| شک و تردید | اختلال درد جنسی | 0/44 | 0/09 | 4/68 | 0/28 |
| نشخوار فکری | رضایتمندی | 0/50 | 0/09 | 5/64 | 0/44 |

جدول ۳- ضریب همبستگی بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس های آن با جهت گیری مذهبی

| متغیرها | تعداد | ضریب همبستگی | درجه آزادی | سطح معناداری |
|----------------------|-------|--------------|------------|--------------|
| اختلال میل جنسی | ۲۵۰ | -۰/۶۱ | ۳۳ | ۰/۰۰۰۵ |
| اختلال انگیزتگی جنسی | ۲۵۰ | -۰/۶۳ | ۳۳ | ۰/۰۰۰۵ |
| اختلال ارگاسمی | ۲۵۰ | -۰/۴۸ | ۳۳ | ۰/۰۰۰۵ |
| اختلال درد جنسی | ۲۵۰ | -۰/۵۸ | ۳۳ | ۰/۰۰۰۵ |
| رضایتمندی | ۲۵۰ | -۰/۴۱ | ۳۳ | ۰/۰۰۰۵ |

جدول ۴- ضرایب رگرسیون بدعملکردی جنسی بر حسب جهت گیری مذهبی

| مدل | متغیرهای پیش‌بین | ضرایب غیراستاندارد | | سطح معناداری |
|-----|------------------|--------------------|------------|--------------|
| | | B | خطای معیار | |
| ۱ | جهت گیری درونی | ۲/۹۲ | ۰/۴۰ | ۷/۳۲ |
| ۲ | جهت گیری بیرونی | ۰/۶۹ | ۰/۲۲ | ۳/۰۶ |

جدول ۵- خلاصه مدل رگرسیون و نتایج تحلیل واریانس رفتارهای وسواسی بر حسب جهت‌گیری مذهبی

| مدل | متغیرهای پیش‌بین | R | R ² | R ² Adjusted | F | سطح معناداری | R ² change | F change | سطح معناداری |
|-----|------------------|------|----------------|-------------------------|-------|--------------|-----------------------|----------|--------------|
| | | | | | | | | | |
| ۲ | جهت گیری بیرونی | ۰/۵۵ | ۰/۳۰ | ۰/۳۰ | ۳۲/۹۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۴ | ۹/۳۷ | ۰/۰۰۳ |

برخوردارند و تغییرات تبیین شده توسط مدل واقعی بوده و ناشی از تصادف نیست. همچنین نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین توانسته‌اند تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی کنند. با احتمال بیش از ۹۹ درصد این متغیرها در پیش‌بینی و تغییرات متغیر ملاک سهیم هستند. افزوده شدن متغیرها به تمامی مدل‌ها باعث افزایش معناداری در تبیین متغیر ملاک شده است ($P < 0/01$).

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین بدعملکردی جنسی، رفتارهای وسواسی و جهت‌گیری مذهبی در زنان متأهل انجام شد. نتایج نشان داد که بین بدعملکردی جنسی و وسواس فکری عملی زنان، رابطه معنادار وجود دارد. براین اساس، می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که در جامعه آماری موردمطالعه، بدعملکردی جنسی می‌تواند سبب افزایش رفتارهای وسواس فکری عملی در زنان گردد. یافته این پژوهش به صورت نسبی با یافته‌های شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید (۲۴)، و علمردانی صومعه (۲۵) همسو می‌باشد. در همین راستا

زوجین، تنها بعد روانشناختی قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد ضرایب استاندارد شده رگرسیون از ۰/۲۸ تا ۰/۵۵ می‌باشد. بر این اساس فرضیه اصلی پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که بدعملکردی جنسی با رفتارهای وسواسی رابطه داشته و می‌تواند این متغیر را پیش‌بینی کند.

جدول ۳ نشان می‌دهد بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس های آن با جهت‌گیری مذهبی رابطه معناداری وجود دارد.

ضرایب رگرسیون درج شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که در بهترین مدل پیش‌بینی برای بدعملکردی جنسی، جهت‌گیری مذهبی قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک است. هر دو بعد جهت‌گیری مذهبی می‌تواند بدعملکردی جنسی را پیش‌بینی کند.

شاخص‌های تحلیل واریانس، معنی‌دار بودن رگرسیون و رابطه خطی بین متغیرها را نشان می‌دهد و سطح معناداری کوچک‌تر از $P < 0/01$ آن را تأیید می‌کند. مطابق جدول ۵ آزمون نشان می‌دهند که مدل رگرسیون با متغیرهای پیش‌بین و ملاک از برازش خوبی

آماده پذیرش هیجان‌های مثبت و لذت‌بخش‌اند و تا چه حد به محرک‌هایی توجه می‌کنند که طی رابطه جنسی باعث تحریک و لذت می‌شوند. به همین علت، هیجان‌ات منفی مانند استرس، اضطراب، رفتارهای و سواس فکری عملی و افسردگی می‌توانند در عملکرد جنسی شدیداً تأثیر بگذارند (۲۸).

همچنین نتایج نشان داد که بین بد عملکردی جنسی و جهت‌گیری مذهبی در زنان، رابطه معنادار وجود دارد. نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های طلوع تکمیلی ترابی و همکاران (۲۹) و اسدی فرهادی و همکاران (۳۰) همسو می‌باشد.

در مطالعه سیستماتیک شاه‌حسینی و همکاران (۳۱)، یکی از فاکتورهای مؤثر بر رضایت جنسی را مذهب دانستند. مطالعات کرمانی و دانش (۳۲) نیز نشان دادند مذهب نقش به‌سزایی در پیامدهای جنسی و سلامت جنسی افراد در طول زندگی‌شان دارد.

در تبیین فرض می‌توان گفت افراد دارای جهت‌گیری مذهبی و کسانی که عقیده آنان از علم باطنی و فطرت درونی نشأت گرفته، نسبت به همسر و خانواده خود رفتاری منصفانه و توأم باگذشت و فداکاری دارند. برای بهبود و تقویت و تحکیم روابط همسررداری و رضایت همسر تلاش می‌کنند و به دلیل اینکه جهت‌گیری مذهبی بر تمامی ابعاد زندگی مؤثر است، افراد دارای جهت‌گیری مذهبی، سازگاری زناشویی بیشتر و بدعملکردی جنسی کمتری دارند. درحالی‌که بین ابعاد سازگاری زناشویی با جهت‌گیری مذهبی، کمترین اضطراب و افسردگی رخ می‌دهد و احساس امنیت را برای افراد فراهم می‌کند، در حوزه‌های رفتاری، رفتارهای مذهبی مانند دعا، نیایش، عبادت، اثرات آسیب‌زای استرس را از طریق ایجاد شبکه‌های حمایتی و ارتقای رفتارهای سلامت تعدیل می‌کنند. همچنین باورهای مذهبی مقابله با مشکلات و استرس را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی‌های روان‌شناختی یا رنج‌های زندگی تسهیل می‌کنند و یک احساس کنترل موقعیت را برای افراد فراهم می‌سازد. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد به خدا راحت‌تر سپری می‌کنند، کمتر دچار استرس و اضطراب می‌شوند و نسبت به

علمردانی صومعه به این نتیجه رسید بین اختلال و سواسی و رضایت زناشویی بین زوجین رابطه معنادار وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری - عملی میزان رضایتمندی زناشویی کمتری دارند. از آنجاکه در بحث رضایت زناشویی یکی از متغیرهای تأثیرگذار روابط جنسی مطلوب می‌باشد، لذا می‌توان گفت وسواس فکری با عملکرد جنسی رابطه معنادار دارد. همچنین شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید (۲۴) در پژوهش خود به رابطه بین وسواس فکری و سلامت روان پرداختند. در همین راستا تالسیو همکاران (۲۶) نیز در مطالعات خود، وجود رابطه معنادار بین وسواس فکری و سلامت روان را گزارش دادند که با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت افراد دارای وسواس فکری از سلامت روانی کمتر برخوردار بوده و در مقابل انواع اختلالات چون بدعملکرد جنسی آسیب‌پذیر خواهند بود؛ بنابراین می‌توان گفت وسواس فکری با بدعملکردی جنسی رابطه معناداری دارد.

در تبیین این فرض، باید اذعان داشت که مشکلات مربوط به بدعملکردی جنسی در مبتلایان به وسواس فکری عملی به اجتناب جنسی، چندش و تظاهر بالینی وسواس مرتبط می‌باشد. به این ترتیب، با توجه به اینکه مسئله اجتناب جنسی و احساس چندش در بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی مطرح می‌باشد، این احتمال نیز انتظار می‌رود که آن‌ها هنگام رابطه جنسی به سرنخ‌های جنسی توجه نکنند و این میل جنسی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. اجتناب جنسی و کاهش میل جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی احتمالاً با مشکلات مربوط به مرحله برانگیختگی نیز مرتبط می‌باشد. با توجه به اینکه در گروهی از زنان میل جنسی به صورت واکنشی و پس از تحریک جنسی شروع می‌شود، کاهش میل جنسی در زنان و سواسی می‌تواند به علت اختلال در برانگیختگی آن‌ها باشد. به علاوه به نظر می‌رسد که این بیماران به اندازه کافی احساس آرمیدگی ندارند تا بتوانند در رابطه جنسی فعال باشند و این حواس‌پرتی هنگام فعالیت جنسی با برانگیختگی جنسی تداخل می‌یابد (۲۷). تجربه‌های خوشایند جنسی معمولاً درگرو این است که افراد تا چه اندازه

آینده امیدوارترند. جهت‌گیری مذهبی بر سلامت و سازگاری روانی بهتر همراه است (۱۳).

همچنین نتایج نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی با رفتارهای وسواس فکری عملی، رابطه معنی‌دار وجود دارد. براین اساس نتیجه پژوهش به صورت نسبی با یافته‌های اسدی فرهادی و همکاران (۳۳) همسو می‌باشد. در همین راستا حسینی و همکاران (۳۴) در مطالعات خود به رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و مکانیسم‌های دفاعی روانی پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که مذهب نقش مؤثری را در مکانیسم‌ها دفاعی روانی افراد می‌تواند داشته باشد. در همین راستا لی و همکاران (۳۵) در مطالعات خود به وجود رابطه معنادار بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان اشاره کرده‌اند. با توجه به این پژوهش‌ها می‌توان گفت که جهت‌گیری مذهبی در افراد می‌تواند سلامت روانی آنان را ارتقا داده و در پیشگیری از اختلال وسواس فکری نقش مهمی داشته باشد. در همین راستا داریل و همکاران (۳۶) به پژوهش خود رابطه جهت‌گیری دینی و تعارض جهان‌بینی را گزارش می‌کنند. با توجه به این پژوهش‌ها که به صورت نسبی با یافته ما ارتباط داشت می‌توان گفت که جهت‌گیری مذهبی با بهبود زندگی افراد و سلامت روانی در افراد می‌تواند احتمال ایجاد اختلالاتی از قبیل وسواس فکری را کاهش دهد. بنابراین می‌توان گفت جهت‌گیری مذهبی می‌تواند وضعیت روان‌شناختی فرد به خصوص اختلال وسواس فکری عملی را پیش‌بینی نماید. باید اذعان داشت که مذهب نظام باور منسجمی ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی خود معنا پیدا کنند. چنین فردی با اتکاء به قدرت الهی و اعتقاد به خدای حاضر و قادر، احتمال وقوع رخدادهای خوشایند را با توکل به نیروی ایمان خود به راحتی پشت سر می‌گذارد که این امر باعث می‌شود از سلامت روان بیشتری برخوردار شوند (۳۷).

افراد دارای جهت‌گیری مذهبی، مذهب را به مثابه هدف در نظر می‌گیرند و یک نظام ارزشی و درونی قوی دارند که این امر باعث می‌شود افراد از سلامت روان بالاتری بهره‌مند شوند و در نتیجه می‌تواند در کاهش اختلالاتی چون رفتارهای وسواسی و عملی منجر گردد

(۳۸). در مجموع می‌توان گفت به رغم بی‌توجهی روان‌شناسان بزرگ، مذهب می‌تواند چارچوب معتبر و پایداری برای سلامت روانی از جمله رفتارهای وسواس فکری عملی و عملکرد جنسی افراد فراهم کند. چنانچه شرایطی فراهم شود که فرد بتواند مذهب را در چارچوب و ساختار شناختی و عاطفی خود درونی کند و از سطح باور به سطح ایمان مذهبی انتقال یابد، چنین مذهبی می‌تواند وحدت‌یافتگی فرد را تضمین کرده و سلامت روانی او را فراهم کند.

در تبیین موارد باید اذعان داشت که مذهب به زندگی انسان معنا و مفهوم داده و فرد را از پوچی دور می‌کند. مذهب فرد را از خودمحوری و هوا و هوس دور کرده و وی را به نیازهای اصلی وجودی خود از جمله خودشکوفایی نزدیک می‌کند. در چنین فضایی است که امکان رشد شخصی افراد فراهم شده و انسان را به سوی کمال و پروردگار هستی سوق می‌دهد و به او قدرت می‌دهد تا بر محیط و جهان هستی خود چیره یافته و تسلط یابد و زمینه ساز سلامت روان خواهد بود و باعث کاهش رفتارهای وسواس فکری عملی خواهد شد و بیشتر فرد درگیر نیازهای اصلی وجودی خود خواهد گشت (۳۸).

همچنین نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی زنان می‌تواند بد عملکردی جنسی را پیش‌بینی نماید. براین اساس نتیجه پژوهش به صورت نسبی با یافته‌های خیری و همکاران (۳۹) همسو می‌باشد. آن‌ها به مطالعه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی پرداختند. یافته‌ها نشان دادند که تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران در نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است.

همان‌طور که در بالا اشاره شد افراد با اعتقادات مذهبی از سلامت روان بالاتری برخوردارند. این افراد با برخورداری از تعالیم مذهبی بسیاری از مشکلات و مسائل را به بهترین حالت ممکن حل می‌نمایند و طبق مطالعات انجام‌شده کمتر درگیر اختلالات روانی و رفتاری می‌گردند؛ در روابط خود با دیگران به حقوق و

رفتارهای و سوا سی را کاهش داد و گامی در جهت ارتقا سلامت روان افراد برداشت.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی می باشد؛ لذا، از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری نموده اند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Ahmadpur A, Khaledi T. Comparison of martial satisfaction and martial intimacy among employed and unemployed married woman students of Islamic Azad University of Ahvaz. *J Fund Ment Health*. 2017;19(special issue):167-171. (Persian)
2. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *J Psychiatry Res*. 2010;179:204-211.
3. Veenhoven, R. Quality life in individualistic society social indicators Research. 1999;48: 157-186 psychology in practice. New Jersey: John Wiley.
4. Husseinzadeh A. The manners and functions of legitimate sexual relations in Islam, and psychological damages. *Islamic Educ Res*. 2011;3(1):77-104. (Persian)
5. Ahrold TK, Meston CM. Ethnic differences in sexual attitudes of US college students: gender, acculturation, and religiosity factors. *Arch Sex Behav*. 2010;39(1):190-202.
6. Foroutan SK, Jadid MM. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. *Daneshvar Med*. 2009;16(78):37-42.
7. Mitchell RK, Mercer HC, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382(9907):1817-29.
8. Dosti M, Waziri S. Epidemiology of sexual dysfunction disorders in women in Tehran. *Sociol Educ*. 2018;10:1-12. (Persian)
9. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav*. 2002;31(5):445-50.
10. Rafiee shiurpak Jafar, Safouraei Parizi MM. Mediating self-esteem in relation to religious orientation and life satisfaction. *Islam Res J Women Fam*. 2018;7(14):119-138. (Persian)

تکالیف خود واقفاند در نتیجه این افراد در روابط جنسی تلاش زیادی جهت بهبود و مطلوبیت روابط جنسی خود با همسر می کنند و هرگونه مشکل در این زمینه را حل می نمایند. رفتار های مذهبی مانند دعا نیایش و عبادت اثرات استرس را از طریق ایجاد شبکه های حمایتی و ارتقای رفتارهای سلامت تعدیل کرده و با مقابله با مشکلات از طریق درک موقتی بودن ناراحتی ها یا رنج های زندگی تسهیل کرده و یک احساس کنترل بر موقعیت را فراهم می سازد. بنابراین می توان گفت جهت گیری مذهبی زنان می تواند بدعملکردی جنسی آنان را پیش بینی کند.

از محدودیت های پژوهش می توان به انجام پژوهش روی گروه خاص از جامعه یعنی زنان متأهل دانشجوی اشاره کرد که امکان تعمیم را دشوار می سازد؛ بنابراین پیشنهاد می شود در نمونه های متفاوت و بر روی گروه های مختلف نیز انجام شود و در پژوهش های آتی عوامل مداخله گری همچون؛ سطح تحصیلات و درآمد و وضعیت اقتصادی مورد کنترل قرار بگیرد. همچنین با توجه به اینکه بدعملکردی جنسی در زنان ممکن است باعث رفتارهای اجتنابی و طرد آمیز گردد، آموزش رفتار جنسی به زوجین و کارگاه های سکس تراپی برای آنان پیشنهاد می گردد. پیشنهاد می شود متخصصان بهداشت روان و خانواده، تأثیر عامل دین و جهت گیری مذهبی و تأثیرات آن بر سلامت روان، عملکرد جنسی و رفتارهای وسواسی را مدنظر قرار دهند.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج تحقیق نشان می دهد که بدعملکردی جنسی با رفتارهای وسواسی و جهت گیری مذهبی رابطه معنادار دارد. همچنین جهت گیری مذهبی رفتارهای وسواسی و بدعملکردی جنسی را می تواند پیش بینی کند. لذا، می توان گفت با توجه به رابطه بین این سه متغیر و از آنجا که جهت گیری مذهبی قادر به پیش بینی رفتارهای وسواسی و بدعملکردی جنسی در افراد است می توان به کمک متخصصان بهداشت روان و خانواده، با تکیه بر عامل دین و جهت گیری مذهبی، بدعملکرد جنسی و

11. Lee HJ, Lee SH, Kim HS, Kwon SM, Telch MJ. A comparison Of autogenous / reactive Obsessions and worry in a nonclinical population: a test of the continuum hypothesis. *Behaviour Reserch and Therapy*, 43, 999-1010. Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010;153(12):117-23.
12. Hosseini M, Sadegh Moghadam L, Geraminejad N, Sadeghi S. The role of religious orientation in the use of psychological defense mechanisms of medical students. *Relig Health*. 2018;1(6):10-18. (Persian)
13. Kamiabinia Z, Azhari S, Mazlum SR, Asgharipoor N. The relationship between religion and sexual function in women of childbearing age. *Iran J Obstetr Gynecol*. 2015;19(10):9-19. (Persian)
14. Sánchez-Fuentes M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *Int J Clin Health Psychol*. 2014;14(1):67-75.
15. Mohamadi KH, Zamani R, Vaezi SE, Kouhsar AEH. Evaluation of personal characteristics of sex Transfer Individuals. *J Psychol Tabriz Uni*. 2010;5(17):107-127. (Persian)
16. Rasmati Nasab AA, Alavi SH, Karimi M. Evaluation of the effectiveness of happiness education with Islamic approach on psychological well-being and religious orientation of high school students in the second year of Kerman. *J Appl Issues Islam Educ*. 2017;2(4):47-66. (Persian)
18. Mohammadi S. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tehran: Ravan Publishing; 2013.
19. Rimpella N. *Obsessive-compulsive disorder: the ultimate teen guide*. Lanham, Maryland: Scarecrow Press, Inc; 2009.
20. Sisemore T A. *Free from OCD: a workbook for teens with obsessive-compulsive Disorder*. Oakland, CA: Instant Help Books: A Division of New Harbinger Publications, Inc; 2010.
21. Polman A. *Dysfunctional beliefs in the understanding and treatment of obsessive-compulsive disorder*. Doctoral dissertation.[Dublin] the Parnassia Bavo Academie and the University Medical Centre Groningen. 2010.
22. Dalir M, Alipour A, Zare H, Farzad W. Comparison of the effectiveness of cognitive bias modification therapy and its combination with group cognitive behavioral therapy in reducing the severity of symptoms, beliefs and obsessive behaviors. *J Psychol Achiev (Educational Sciences and Psychology)*. 2015;1(22):1-24. (Persian)
23. Safayi Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. *Q J Sabzevar Univ Med Sci*. 2010;17(4):274-80. (Persian)
24. Shooa Kazemi M, Mo'meni Javid M. Prevalence of sexual dysfunction and mental health status in infertile women with breast cancer in Tehran. *Iran Breast Dis Q*. 2011;4(2). (Persian)
25. Alamardani Soomeh S. Comparison of marital satisfaction in people with obsessive-compulsive disorder - normal and normal. *Rise Psychol*. 2019;2(8):81-88. (Persian)
26. Tulaci RG, Cankurtaran ES, Ozdel K, Öztürk N. The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nordic J Psychiatry*. 2018;72(4).
27. Raisi T, Qasemzadeh H, Pasha Meysamy A, Firoozi Khojastehfar R, Karami Ghadiri N, Sarayani M, et al. Prevalence of sexual dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Med School Tehran Univ Med Sci*. 2015;2(73):101-109. (Persian)
28. Zamani N, Zamani S, Habibi M. 'Comparison Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on Emotion Regulation in the Mother of Children with Neurodevelopmental Disorder', *Journal of Research and Health Social Development and Health Promotion Research Center*, In Press. 2016. (Persian)
29. Torabi P, Vakili Fattahi Andbi A. Relationship between personality traits and marital satisfaction based on the mediating role of religious orientation. *J Appl Psychol*. 2020;14(1):99-118. (Persian)
30. Asadi Farhadi T, Fathi Ashtiani A, Azad Fallah P. The effect of religious orientation on quality of life. *Q J Women Police Stud*. 2018;12(29). (Persian)
31. Shahhosseini Z, Gardeshi ZH, Pourasghar M, Salehi F. A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Mater Sociomed*. 2014;26(6):378-81. (Persian)
32. Kariman N, Tarverdi M, Azar M, Alavi Majd H. Evaluating the effects of colporrhaphy on the sexual satisfaction of women. *J Reprod*. 2015;6:254-60. (Persian)
33. Reyo , R, n, Kllmar, P., Q, Rumar, h. Perceived parental rearing style and personality among knasi adolescents. *Journal of Indian Academy of Applied psychology*. 2009: 35: 57-60
34. Hosseini M, Sadegh Moghadam L, Geraminejad N, Sadeghi S. The role of religious orientation in the use of psychological defense mechanisms of medical students. *Relig Health*. 2018;6(1):10-18. (Persian)
35. Lew B, huen J, Yuan L. Religious Orientation and Its Relationship to Suicidality: A Study in One of the Least Religious Countries. *Religions*. 2018;9(1):1-10.
36. Van Tongeren DR, Kubin E, Crawford JT, Brandt MJ. The Role of Religious Orientation in Worldview Conflict. *Open Data. Int J Psychol Relig*. 2020;3(30):231-242.
37. Mortazavi Kh, Seidi Z. The relationship between religious orientation and happiness and mental health in students. *Nasim Tandradi Quarterly, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Sari Branch*. 2016;5(3):62-68.
38. Sadeghi S, Sadeghi O, Tavakolizadeh J, Tohidi Nik H, Khodadadi Z. The relationship between

religious orientation and psychological well-being in students of Gonabad University of Medical Sciences. Babol University of Medical Sciences. J Islam Health. 2014;4(1):57-63 .(Persian)

39. Kheiri b, Mir Mehdi r, Akuchekian Sh, Heydari H, Al-Yasin A. The effectiveness of emotion-focused therapy on the symptoms of obsessive-compulsive disorder, rumination and cognitive avoidance in female patients with obsessive-compulsive disorder. J Soc Cogn. 2019;16(2):141-164. (Persian)