

## رابطه رضایت زناشویی، نگرانی از تصویر بدن، احساس گناه و خودمختاری جنسی با علایم اختلال ارگاسم در زنان متاهل

مریم قضاوی<sup>۱</sup>، نسترن صدری<sup>۲</sup>

و لیلی رمضان ساعتچی<sup>۳</sup>

ارگاسم حسی زودگر از اوج لذت جنسی است که معمولاً با انقباضات غیرارادی و ریتمیک ماهیچه‌های خاصه‌ی لگنی، شکمی و مقعدی همراه است. ارگاسم زنان می‌تواند با تحریک شهوانی بخش‌های متفاوت جنسی و غیرجنسی ایجاد شود. توانایی زنان در رسیدن به ارگاسم از عدم تجربه ارگاسم تا تجربه‌ی چندین ارگاسم متغیر است. اختلال ارگاسم در زنان با تاخیر مکرر و دایم یا غیاب ارگاسم به دنبال یک مرحله‌ی طبیعی برانگیختگی جنسی همراه با استرس و مشکلات بین فردی تعریف می‌شود. هدف این پژوهش، پیش‌بینی علایم اختلال ارگاسم بر اساس رضایت زناشویی، نگرانی از تصویر بدن، احساس گناه و خودمختاری جنسی در زنان متاهل بود. برای این منظور طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۲۸۸ نفر از زنان متاهل مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر خودمختاری جنسی، شاخص عملکرد جنسی زنان، احساس گناه، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام بیانگر این بود که احساس گناه، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر تن به ترتیب بهترین پیش‌بین‌های علایم اختلال ارگاسم در زنان هستند. نتایج این پژوهش از ارتباط بین احساس گناه، رضایت زناشویی و تصویر تن با نشانگان اختلال ارگاسم حمایت می‌کند.

کلیدواژگان: ارگاسم، تصویر تن، احساس گناه، خودمختاری جنسی، رضایت زناشویی

### مقدمه

یافته‌ها نشان می‌دهد که مشکلات ارگاسم بعد از اختلال‌های میل جنسی، دومین مشکل غالب در بین مشکلات جنسی در زنان است (اسحاق، بوکاریوس، جفری و همکاران، ۲۰۱۰). DSM-5 اختلال ارگاسم در زنان را با معیارهای تشخیصی زیر معرفی می‌کند: تاخیر مکرر و دایم یا غیاب ارگاسم به دنبال یک مرحله‌ی طبیعی برانگیختگی جنسی که با استرس و مشکلات بین فردی همراه می‌شود. هم

۱. دپارتمان روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی شان‌دیز مشهد، مشهد، ایران (نویسنده‌ی مسوول) ma.ghazayi@yahoo.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین، قزوین، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

چنین DSM-5 پیشنهاد می‌دهد که معیارها به تاخیر یا غیاب ارگاسم محدود نشود و حتی کاهش شدت احساس ارگاسم را نیز در بر بگیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۵).

در مطالعه‌ای نشان داده شده است که ۲۴ درصد از زنان آمریکایی در رسیدن به ارگاسم مشکلی را گزارش کرده‌اند که حدود ۲۰-۳۰ درصد از آنها مشکلساز ناتوانی برای رسیدن به ارگاسم در حین دخول بود (هریس، چرکاس، کاتو و همکاران، ۲۰۰۸). در داخل کشور نیز مزینانی، اکبری مهر، کراسکیان و همکاران (۲۰۱۳) شیوع اختلال ارگاسم را ۲۵ درصد گزارش کرده‌اند. همچنین رنجبران، چیدری و مطوری‌پور (۲۰۱۶) در متاآنالیز خود شیوع اختلال ارگاسم را ۲۹/۲ درصد در جامعه‌ی ایرانی گزارش کردند. علی‌رغم شیوع بالای این اختلال تعداد مراجعان کلینیکی برای درمان این اختلال بسیار کم است. این مساله عدم اشتیاق مراجعان و خدمات‌دهندگان را برای صحبت راجع به این موضوع نشان می‌دهد (مستون و همکاران، ۲۰۰۴). این در حالی است که بعد از آزادی جنسی که با موج دوم فمینیست در جهان غرب ایجاد شد، ارگاسم به عنوان حق طبیعی هر زنی در نظر گرفته می‌شود. به همین دلیل اخیراً پیام‌های چند رسانه‌ای درباره‌ی اهمیت ارگاسم افزایش یافته است و این باعث شده است که انتظار یا حتی فشار شریک جنسی منجر به پریشانی زنانی شود که مشکلات بلندمدت یا کوتاه‌مدت ارگاسم را تجربه می‌کنند. در واقع زنان با رسیدن به ارگاسم، این پیام را به مردان می‌رسانند که شریک جنسی مناسبی هستند. زنانی که در تجربه‌ی ارگاسم ناتوانند، احساس ناکفایتی و شکست می‌کنند (هریس و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین تحقیقات نشان داده است که ناتوانی در رسیدن به ارگاسم با هیجان‌های منفی نسبت به مقاربت جنسی همبستگی بالایی دارد (لان و رلینی، ۲۰۱۱). در حمایت از این نظر تعدادی از محققان نشان دادند که در طول زندگی، ادراک توانایی برای رسیدن به ارگاسم شرط اولیه‌ی رضایت جنسی عمومی برای زنان است (فوگل-میر، ابرگ، لاندبرگ و همکاران، ۲۰۰۶). شیوع بالای مشکلات ارگاسم در زنان و اثرات منفی آن بر روی کیفیت زندگی بیماران (استرسور شخصی و تاثیر بر روی روابط زوجین) لزوم پژوهش راجع به بررسی پیش‌بین‌های این اختلال را روشن می‌کند.

غالباً هنگام بحث راجع به اختلال ارگاسم در زنان عوامل پزشکی مانند ابتلا به بیماری‌های فشار خون، دیابت، مصرف داروها، مصرف الکل و مواد مورد بررسی قرار می‌گیرند. چرا که هر کدام از این موارد جسمانی می‌تواند میزان یا شدت دستیابی به ارگاسم را در زنان تحت تاثیر قرار دهد (مستون و همکاران، ۲۰۰۴). با این حال عوامل روان‌شناختی نیز همیشه از جمله عواملی هستند که مورد توجه سکس درمانگران قرار گرفته‌اند. از جمله این موارد می‌توان به تصویر تن (مانند برمن، برمن، میلز و

همکاران، ۲۰۰۳)، رضایت زناشویی (مانند رولند، سالیوان، هوسی و همکاران، ۲۰۱۸)، خودمختاری جنسی (مانند سانچز، کیفر و بابارا، ۲۰۰۶) و احساس گناه (مانند باسون، ۲۰۰۸) اشاره کرد. تصویر تن و عزت نفس جنسی ضعیف (تصویری که زنان از اندازه، شکل، بو و عملکرد اندام‌های جنسی خود دارند) می‌تواند منجر به آنورگاسمیا یا تاخیر در ارگاسم شود (برمن و همکاران، ۲۰۰۳)، چرا که تصویر جنسی ضعیف در طول رابطه جنسی، منجر به حواسپرتی شناختی شده و این حواسپرتی از طریق ایجاد اضطراب، رسیدن به ارگاسم را با مشکل مواجه می‌کند (داو و ویدرمن، ۲۰۰۰). بنابراین تصویر تن می‌تواند به عنوان یک عامل تاثیرگذار در اختلال عملکرد جنسی زنان شناخته شود. نارضایتی از بدن، میل جنسی و متعاقب آن برانگیختگی را کاهش می‌دهد. در واقع تصویر تن ضعیف از طریق حواسپرتی شناختی مانع برانگیختگی جنسی یا حفظ آن می‌شود (کوین نیلاس، بنسون، میلیاسن و همکاران، ۲۰۱۶).

به علاوه به اعتقاد بسیاری از درمانگران، اختلال‌های جنسی می‌تواند پیامد مشکلات جدی در رابطه زناشویی در نظر گرفته شود به جای آن که به آن‌ها به عنوان دلیل تعارضات زناشویی نگریسته شود (مستون و همکاران، ۲۰۰۴). در همین راستا پژوهش‌هایی اهمیت روابط زوجین را در اختلال‌های ارگاسم ثانویه در زنان نشان داده‌اند (رولند، سالیوان، هوسی و همکاران، ۲۰۱۸). برادی و کاستا (۲۰۰۷) نشان داده‌اند که صمیمت زوجین و اعتماد آن‌ها به یکدیگر، ارتباط مستقیمی با توانایی رسیدن به ارگاسم در حین دخول و فراوانی آن دارد. کومیساروک و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داده‌اند زوجینی که در آن‌ها زن مبتلا به آنورگاسمیا باشد نسبت به سایر زوج‌ها، کمتر می‌تواند راجع به موضوعات جنسی و علی‌الخصوص تحریک کلیتوریس برای رسیدن به ارگاسم مستقیماً صحبت کنند. به اعتقاد این پژوهشگران عدم توانایی برای صحبت راجع به مسائل جنسی علی‌الخصوص تحریک کلیتوروس نه الزاما می‌تواند نشان دهنده‌ی ارتباط بین فردی نادرست بین زوجین، نگرش‌های منفی نسبت به مسائل جنسی، خودارضایی و در نتیجه احساس گناه باشد.

بنابراین از جمله عوامل روانشناختی دیگری که در پژوهش‌ها ارتباط آن با بدکارکردی جنسی (روسن، ۲۰۰۱) و علی‌الخصوص با اختلال ارگاسم مورد توجه قرار گرفته است، احساس گناه است (مستون و همکاران، ۲۰۰۴). احساس شرم و گناه نسبت به روابط جنسی در رشد و نگهداری اختلال ارگاسم نقش دارند (باسون، ۲۰۰۸). باورهای اولیه در مورد رابطه جنسی اگر همراه با احساس گناه یا شرم باشند؛ اغلب در رفتار و نقش‌های عاطفی ادامه پیدا می‌کند، حتی برای زنانی که به خوبی آموزش دیده و آگاه هستند (لیلوم و ویگل، ۲۰۰۲). افرادی که احساس گناه می‌کنند نگران این هستند که قوانین

اخلاقی خود را زیر پا بگذارند و وقتی در گیر یک رفتار جنسی می شوند، احساس بدی پیدا می کنند؛ احساس گناه در مورد مسائل جنسی در چهارچوب زندگی مشترک، بازداری و سرکوب احساسات جنسی را در پی دارد و باعث می شود افراد به شیوه اجتنابی با مسائل جنسی برخورد کنند (تیمورپور، مشتاق بیدختی و پورشهباز، ۲۰۱۲). در داخل کشور نیز پژوهش هایی مانند عبدالهی، جزینی، امان الهی و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی رابطه عواطف خودآگاه با عملکرد جنسی زنان پرداخته اند. در پژوهش آن ها نشان داده شد که بدکاری جنسی با احساس گناه رابطه منفی و با شرم رابطه مثبت دارد. از جمله متغیرهای دیگری که ارتباط آن با عملکرد جنسی و اختلال ارگاسم مورد توجه قرار گرفته است، خودمختاری جنسی است. خودمختاری جنسی یعنی ادراک فرد از میزانی که رفتارهای جنسی اش توسط خودش هدایت می شود. خودمختاری جنسی یکی از شاخص های سلامت روان محسوب می شود و با تجربه ارگاسم در ارتباط است (سانچز و همکاران، ۲۰۰۶). زنانی که خودمختاری جنسی بالاتری دارند بیشتر تمایل دارند تا درگیر رفتارهای جنسی قبل از دخول شوند و همین احتمال ارگاسم را در آنان افزایش می دهد. به علاوه این زنان بعد از ارضای شریک جنسی خود تمایل بیشتری برای ادامه دادن به رفتارهای جنسی تا رسیدن به ارگاسم دارند (لان و رلینی، ۲۰۱۱). سانچز و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که خودمختاری جنسی با لذت جنسی ارتباط مثبت دارد. به اعتقاد این پژوهشگران معمولاً این تصور وجود دارد که خودمختاری جنسی با طرحواره های جنسی زنانه ناسازگار است. زنان مبتلا به اختلال ارگاسم بر اساس طرحواره های سنتی عمل کرده و اعتقاد دارند زن باید منفعل بوده، پا پیش نگذارد و منتظر بماند تا همسرش اقدامی انجام دهد. تمام این عوامل خطر ابتلا به اختلال ارگاسم را در این زنان افزایش می دهد. با وجود شیوع نسبتاً قابل توجه اختلال ارگاسم در داخل کشور، پژوهش های معدودی به طور اخص به بررسی عوامل پیش بین این اختلال در داخل کشور پرداخته اند. لذا پژوهش حاضر قصد دارد به این سوال پاسخ دهد که آیا تصویر تن، رضایت زناشویی، خودمختاری جنسی و احساس گناه می تواند نشانگان اختلال ارگاسم را پیش بینی کند؟

## روش

این مطالعه توصیفی بر روی ۲۸۸ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر تهران انجام شد. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به انتخاب خطای نوع اول معادل ۰/۰۵ و برآورد شیوع اولیه ۲۵ درصدی اختلال ارگاسم در زنان، ۲۸۸ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری به صورت

نمونه گیری در دسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم سابقه ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی مزمن و مصرف داروهای روانپزشکی، عدم ابتلا به بیماری‌های دیابت، فشارخون، عدم اعتیاد و همچنین سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال می‌شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودمختاری جنسی، شاخص عملکرد جنسی زنان، احساس گناه آیزنک، رضایت زناشویی انریچ و نگرانی از تصویر بدنی استفاده شد.

پرسشنامه خودمختاری جنسی توسط لاگوردیا، ریان، کوچمن و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است. در این پرسشنامه ی ۳ سوالی از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا به سوالات در یک طیف کاملاً درست است (۷) تا کاملاً اشتباه است (۱) پاسخ بدهند. آلفای کرونباخ این مقیاس توسط سازندگان آن ۰/۷ و روایی آن مناسب گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی ۰/۸۱ و روایی سازه آن با شاخص عملکرد جنسی ۰/۵ و معنی دار به دست آمد.

شاخص عملکرد جنسی زنان، توسط روسن، بران، هیمن و همکاران (۲۰۰۰) برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان در طی ۴ هفته‌ی گذشته طراحی شده است. این پرسشنامه ی ۱۹ سوالی، ۶ خرده‌مقیاس شامل میل جنسی (۲ مورد) تحریک (۴ مورد)، لیزی مهلی (۴ مورد)، ارگاسم (۳ مورد)، رضایتمندی (۳ مورد) و درد (۳ مورد) را ارزیابی می‌کند. این زیر شاخه‌ها دارای طیف پاسخ از ۰ تا ۵ است و نمرات بالاتر، اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارد. پایایی این پرسشنامه توسط سازندگان آن به روش همسانی درونی ۰/۸۵ و روایی آن مناسب گزارش شده است. همچنین شاخص عملکرد جنسی زنان در ایران توسط فرخی و شاره (۲۰۱۳) از نظر اعتبار و پایایی، مورد تایید قرار گرفته است. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر تنها از خرده‌مقیاس ارگاسم استفاده شده است.

آزمون احساس گناه آیزنک (۲۰۰۷) شامل ۳۰ ماده با طیف نمره‌گذاری ۰ و ۱ است. آیزنک (۲۰۰۷)، به نقل از عسگری، (۲۰۱۰) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی ۰/۸۰ و روایی آن را مناسب گزارش کرده است. در داخل کشور نیز جهت سنجش پایایی این پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد و برای هر یک به ترتیب ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۶۸ را به دست آمده است. همچنین برای سنجش روایی این پرسشنامه، نمره حاصل از آن را با نمره سوال ملاک همبسته کرد و مشخص شد رابطه معناداری بین نمره پرسشنامه و سوال وجود دارد (عسگری، ۲۰۱۰).

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون، فورینرو و دراگمن (۱۹۸۹) ساخته شده و ۴۷ سوال دارد. شیوه‌ی پاسخ‌دهی به این پرسشنامه در طیف لیکرت (۱ تا ۵) می‌باشد. سازندگان آن ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۷۹ و روایی آن را مناسب گزارش کرده‌اند. در داخل کشور نیز سلیمانیان

(۱۹۹۶)، پایایی این آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۹۳ و روایی سازه این پرسشنامه را از طریق همبسته کردن با مقیاس رضایت از زندگی ۰/۴۱ گزارش کرده است. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی توسط لیتلون، آکسوم و پوری (۲۰۰۵) تدوین گردید. این پرسشنامه ۱۹ آیتمی بوده و از آزمودنی می خواهد که بر روی یک طیف پنج درجه ای لیکرت (۱-۵) به سوالات پاسخ دهد. نمرات بالاتر، نگرانی نسبت به تصویر بدنی بالاتری را نشان می دهند. پایایی پرسشنامه توسط سازندگان آن به روش همسانی درونی ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین لیتلون و همکاران (۲۰۰۵) روایی این پرسشنامه را از طریق محاسبه همبستگی با پرسشنامه سواس اجباری ۰/۶۲ و معنی دار گزارش کرده اند. این در حالی است که محمدی و سجادی نژاد (۲۰۰۷) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۴ و بساک نژاد و غفاری (۲۰۰۷) روایی همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه ارزیابی منفی از ظاهر جسمانی ۰/۵۵ و معنی دار برآورد کرده اند. در این پژوهش جهت رعایت اخلاقیات قبل از ارایه ی پرسشنامه ها هدف تحقیق به خوبی برای آزمودنی ها تشریح می شد و همه ی آزمودنی ها برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه داشتند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) انجام شد. به منظور بررسی عواملی که بهترین قابلیت پیشگویی نشانگان اختلال ارگاسم را داشتند، از مدل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

### یافته ها

در این مطالعه، ۲۸۸ نفر از زنان متأهل با دامنه سنی ۲۰-۵۰ سال و میانگین ۳۷/۸۶ بررسی شدند. جدول ۱ مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهشی را نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره های افراد در مقیاس های احساس گناه، رضایت زناشویی،

### خودمختاری جنسی، نگرانی تصویر بدنی و نشانگان اختلال ارگاسم

مقیاس	M	sd
ارگاسم	۸/۵۳	۳/۶۷
احساس گناه	۱۲/۱۶	۵/۳۵
رضایت زناشویی	۱۵۸/۸۳	۲۸/۴۲
خودمختاری جنسی	۱۵/۰۷	۴/۰۶
نگرانی تصویر بدنی	۳۷/۶۸	۱۱/۵

برای تحلیل داده‌ها ابتدا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود بین توانایی برای دستیابی به ارگاسم با نگرانی از تصویر تن و احساس گناه رابطه منفی و با رضایت زناشویی رابطه مثبت وجود داشت. همچنین بین خودمختاری جنسی با ارگاسم رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد. به منظور مشخص کردن مهم‌ترین پیش‌بین‌ها از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. لازم به ذکر است نرمال بودن متغیر وابسته و استتال خطاها با استفاده از آماره دورین واتسون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که متغیر نشانگان ارگاسم نرمال بوده و آماره دورین واتسون نیز بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد. نتایج رگرسیون گام به گام در جدول ۲ آمده است.

**جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین با نمرات ارگاسم با روش گام به گام**

گام	متغیرهای پیش‌بین	R2	F	B	t	P
اول	احساس گناه	۰/۱۷	۵۱/۰۳	-۰/۲۷	۴/۹۹	۰/۰۰۱
دوم	رضایت زناشویی	۰/۲۲	۳۹/۴	۰/۲	۳/۲۲	۰/۰۰۱
سوم	تصویر تن	۰/۲۵	۳۳/۵۱	-۰/۱۴	۲/۴۳	۰/۰۱

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ترکیب خطی احساس گناه، رضایت زناشویی و تصویر تن مهم‌ترین پیش‌بین‌های میزان دستیابی به ارگاسم در زنان است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی ساده و چندگانه پیش‌بین‌های تصویر تن، رضایت زناشویی، احساس گناه و خودمختاری جنسی با نشانگان اختلال ارگاسم در زنان متاهل شهر تهران بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مهم‌ترین پیش‌بین‌های نشانگان اختلال در ارگاسم به ترتیب احساس گناه، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر تن هستند. به علاوه بین خودمختاری جنسی با نشانگان اختلال در ارگاسم رابطه‌ای مشاهده نشد. نتایج حاصل از پژوهش را می‌توان این طور تبیین کرد که تعصبات مذهبی شدید، کنترل شدید رشد جنسی یا برابر دانستن تمایلات جنسی با گناه و ناپاکی از عوامل عمده ایجاد اختلال‌های کنش جنسی هستند (مهرابی و دادفر، ۲۰۰۳). با توجه به این که در فرهنگ اسلامی ما رفتار جنسی قبل از ازدواج فعل حرام محسوب می‌شود، در نتیجه والدین و خانواده‌ها به دلیل عدم اطلاعات کافی برای جلوگیری یا قطع رفتارهای جنسی پیش از موعد فرزندان خود به سرزنش و تقویت احساس گناه آنان می‌پردازند. همانند شدن احساس گناه با رفتارهای جنسی پیش از موعد از

طریق شرطی سازی کلاسیک باعث فراخوانده شدن احساس گناه در رفتارهای جنسی بعد از ازدواج و مختل شدن سیر رفتار جنسی می شود. در بسیاری از پژوهش ها زنان مبتلا به اختلال ارگاسم اغلب نگرش های به شدت منفی به سمت رفتار جنسی و خود ارضایی دارند و معمولاً بعد از فعالیت های جنسی احساس گناه می کنند (اسحاق و همکاران، ۲۰۱۰). به علاوه رضایت زناشویی یکی از فاکتورهای مهم موثر بر سلامتی زنان و از مهم ترین شاخص های رضایت از زندگی است که بر میزان سلامت روانی زوجین در تمام ابعاد زندگی تاثیر می گذارد (هریس و همکاران، ۲۰۰۸). از نظر مسترز و جانسون (۱۹۷۰)، به نقل از مهرابی و دادفر، (۲۰۰۳) اختلال های جنسی، اختلال های یاد گرفته شده ای هستند که در اثر ناآگاهی زن و شوهر از مسایل جنسی و روابط ضعیف میان زن و شوهر ایجاد می گردد. فقدان روابط صمیمی با همسر یک عامل کلیدی در ناتوانی زنان برای دستیابی به ارگاسم است. فقدان صمیمت در زوجین تا حد زیادی به دلیل رضایت زناشویی پایین و مشکلات ارتباطی بین آن ها ایجاد می شود. زوجینی که فاقد صمیمت لازم هستند نمی توانند راجع به فعالیت هایی صحبت کنند که ارگاسم زنان را تسهیل کند (اسحاق و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین می توان در تبیین رابطه تصویر تن با نشانگان اختلال ارگاسم این طور تبیین کرد که تئوری های شناختی در ارتباط با عملکرد جنسی بر اهمیت اضطراب بر تحریک جنسی تاکید می کنند. هرگونه اضطرابی در ارتباط با تجربه جنسی می تواند توانایی ریلکس بودن را مختل کرده و در نتیجه برانگیختگی جنسی و ارگاسم را بازداری کند (لان و رلینی، ۲۰۱۱). برادی (۲۰۱۰) نیز در همین راستا در پژوهش خود اشاره می کند که توانایی دستیابی به ارگاسم با توانایی توجه و تمرکز بر روی احساسات و ژینال در ارتباط است. بنابراین زمانی که زنان تصویر بدن نامطلوبی از خود داشته باشند و در تمام طول رابطه جنسی به جای تمرکز کردن بر احساسات جنسی به بدن خود فکر کنند، قاعدتاً دستیابی آنان به ارگاسم با اختلال روبرو خواهد شد.

در نهایت تعریف خودمختاری جنسی در زنان یعنی درگیری خود فرد در رفتارهای جنسی قبل از دخول یا ادامه دادن به رفتارهای جنسی بعد از ارضای شریک جنسی تا رسیدن به ارگاسم است (لان و رلینی، ۲۰۱۱). قسمت دوم این تعریف می تواند به عنوان خودارضایی در نظر گرفته شود. بنابراین دور از ذهن نیست که با توجه به فرهنگ اسلامی ما و طرحواره های جنسی موجود در ذهن اکثریت زنان ایرانی، فرایند دستیابی به ارگاسم نه تنها ارتباطی با فعال بودن و یا حتی کمک به شریک جنسی برای دستیابی به اوج لذت جنسی نداشته باشد، بلکه حتی با فراخوانی احساسات شرم و گناه آن را مختل کند. در راستای این تبیین در پژوهشی نشان داده شده است که خودمختاری جنسی با تجربه ارگاسم



در طول خودارضایی مرتبط بوده اما نمی تواند باعث افزایش احتمال ارگاسم در رابطه با شریک جنسی شود (وید، کرمر و بران، ۲۰۰۵). این در حالی است که ابزار مورد استفاده برای سنجش خودمختاری جنسی یک ابزار سه سوالی بود که ممکن است به اندازه کافی نتوانسته باشد ابعاد مختلف خودمختاری جنسی را مورد پرسش قرار دهد.

**References**

Åsgari, P. (2010). Handbook of psychological tests. Islamic Ahvaz Publications .

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Abdollahi, N., Jazini, SH., Ammanolahi, A., & Aslani, KH. (2017). The relationship between sexual dysfunction and self-conscious emotions. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 11(43): 37-46.

Basson, R. (2005). Women’s sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, 172(10): 1327-1333 .

Bassak Nejad, S., Ghafari, M. (2007). The relationship between body dysmorphic concern and psychological problems among university students. *Behaviral science Journal*, 1(2): 179-187 .

Brody, S. (2010). The relative health benefits of different sexual activities. *Journal of Sexual Medicine*, 7: 1336–1361.

Brody, S., Costa, R. M. (2008). Vaginal orgasm is associated with less use of immature psychological defense mechanisms. *Journal Sex Medicine*, 5: 1167–76.

Brody, S., Houde, S., Hess, U. (2010). Greater tactile sensitivity and less use of immature psychological defense mechanisms predict women’s penile-vaginal intercourse orgasm. *Journal of Sexual Medicine*, 7(9): 3057-3056.

Berman, L., Berman, J., Miles, M., Pollets, D., Powell, J. A. (2003). Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal Sex Marital Therapy*, 29(1 suppl). (

Dadgar, S., Karimi, F. Z., Bakhshi, M., Abdollahi, M., Rahimzadeh Borg, F. (2017-2018) Assessment of sexual dysfunction and its related factors in pregnant women referred Mashhad health centes. *Iranian Journal Obstetrics Gynecology and Infertility*, 21(8): 101-117 .

Dove, N. L., Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women’s sexual functioning. *Journal Sex Marital Therapy*, 26(1): 67-78 .

Fugl-Meyer, K. S., Oberg, K., Lundberg, P. O., Lewin, B. & Fugl-Meyer, A. (2006). On orgasm, sexual techniques and erotic perceptions in 18 to 74 year-old Swedish women. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 56–68.

Farokhi, S., Shareh H. (2013) Psychometric properties of the Persian version of the sexual self-esteem index for women-short form. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 20(3): 252-262 .

Harris, J., M., Cherkas, L. F., Kato, B. S., Heiman, J. R., Spector, T. D. (2008). Normal variations personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: A populationbased study. *Journal Sex Medicine*, 5: 1177–83 .

Ishak, W. W., Bokarius, A., Jeffrey, J. K., Davis, M. C., Bakhta, Y. (2010). Disorders of orgasm in women: A literature review of etiology and current treatment. *Journal Sex Medicine*, 7: 3254-3268 .

Komisaruk, B. R., Whipple, B., Crawford, A., Liu, W. C., Kalnin, A., Mosier, K. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vague nerves. *Brain Reserch*, 1024: 77–88.

Laan, E., Rellini, A. H. (2011). Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(4): 329-341.

LaGuardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 367-384.

Littleton, H. L., Axsom, D. S., Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavior Research and Therapy*, 43: 229-241.

Leiblum, S. R., & Wiegel, M. (2002). Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World Journal of Urology*, 20(2), 127-136

Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashaninan M. (2013). Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi Journal Medical Sciences*, 19(105): 59-66. (Persian)

- Mehrabi, F., Dadfar M. (2003). The role of psychological factors in sexual dysfunction. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 9 (1): 1-8 .
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in Women. *Journal Of Sexual Medicine*, 1(1): 66-70.
- Mohammadi, N., Sadat Sajadinejad, M. (2007). The evaluation of psychometric properties of body image concern inventory and examination of a model about the relationship between body dissatisfaction and self-esteem in adolescent girl. *Psychological Studies*, 3(1): 85-101 .
- Olson, D. H., Fournier, D. G., Druckman, J. M. (1987). Counselor's manual for prepare: enrich. (revised edition). Minneapolis, mn, prepare, enrich, inc.
- Quinn-Nilas, C., Benson, L., Milhausen, R. R., Buchholz, A. C., Goncalves, M. (2016). The relationship between body image and domain of sexual functioning among heterosexual emerging adult women. *Sex Medicine*, 4(3); 182-189 .
- Ranjbaran, M., Chizary, M., & Matory, P. (2016). Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: Systematic review and Meta-analysis. *Journal of Sabzevar University of Medical Science*, 22(7), 1117-1125 .
- Rowland, D. L., Kolba, T. N. (2018). The burden of sexual problems: perceived effects on men's and women's sexual partners. *Journal of Sex Research*, 55(2): 226-235 .
- Rowland, D. L., Sullivan, S. L., Hevesi, K., Hevesi, B. (2018). Orgasmic latency and related parameters in women during partnered and masturbatory sex. *Journal Sex Medicine*, 15(10): 1463-1471 .
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostine, R. (2000). The Female Sexual Function Index. A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26: 191-208 .
- Rosen, R. C. (2001). Psychogenic erectile dysfunction: classification and management. *Urologic Clinics of North America*, 28(2), 269-278.
- Teimourpour, N., Moshtagh Bidokhti, N., Pourshahbaz, A. (2012). The relationship between attachment styles and age with sexual guilt in women. *Horizon Science*, 17(4): 60-68 .
- Sanchez, D. T., Kiefer, A. K., Ybarra, O. (2006). Sexual Submissiveness in Women: Costs for Sexual Autonomy and Arousal. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(4), 512-524.
- Soleymanian, A. (1994). Investigating the effects of irrational thinking based on cognitive approach to marital dissatisfaction. *MSc Thesis Consultation*: Tehran Teacher Training university .
- Wade, L.D., Kremer, E.C., & Brown, J. (2005). The incidental orgasm: The presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. *Women Health*, 42, 117-138

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 14 (No. 55), pp.7-16, 2020

## Relationship between Marital Satisfaction, Body Image Concern, Guilt Feeling and Sexual Autonomy With Symptoms of Orgasmic Disorder in Married Women

Ghazaei, Maryam<sup>۱</sup>., Sadri, Nastaran<sup>۲</sup>  
& Ramezan Saatchi, Leyly<sup>۳</sup>

Received: 2019/09/03

Accepted: 2019/12/20

Orgasm is a rapid sense of sexual pleasure peak that is usually accompanied by involuntary and rhythmic contractions of the pelvic, abdominal, and anal muscles. Female orgasm can be caused by sexual stimulation of different sexual and asexual parts. Women's ability to reach orgasm varies from not having an orgasm to having multiple orgasms. Orgasmic disorder in women is defined as the frequent and permanent delay or absence of orgasm following a natural stage of sexual arousal associated with stress and interpersonal problems. The aim of this study was to predict the symptoms of orgasmic disorder based on marital satisfaction, body image concern, guilt and sexual autonomy in married women. For this purpose, in a descriptive correlational study, 288 married women referring to cultural centers in Tehran were selected by available sampling method and in terms of sexual autonomy, female sexual function index, guilt feeling, marital satisfaction and concern about Body image were evaluated. The results of stepwise regression analysis showed that guilt feeling, marital satisfaction and body image concern are the best predictors of orgasmic symptoms in women, respectively. The results of this study support the relationship between guilt feeling, marital satisfaction and body image with orgasmic disorder syndrome.

**Keywords:** orgasm, body image, guilt, sexual autonomy, marital satisfaction

- 
1. Dept. of Psychology, Shandiz Institute of Higher Education, Mashhad, Iran (Corresponding Author) ma.ghazayi@yahoo.com
  2. Department of Psychology, Imam Khomeini International University of Qazvin, Qazvin, Iran
  3. Department of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran