

بررسی رابطه بین ابعاد کمال گرایی با عملکرد جنسی زنان نابارور

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان^۱، شیوا زارع زاده خیبری^{۲*}، معصومه حروف قناد^۳، محمدابراهیم حکم آبادی^۲

۱. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۱۸

خلاصه

مقدمه: ناباروری با استرس فیزیکی و روان شناختی و نیز کمال گرایی اغلب با خود ارزیابی های انتقادی همراه است. بنابراین هر دوی این مؤلفه ها با افزایش استرس، باعث اختلالاتی در عملکرد جنسی می شوند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه کمال گرایی با عملکرد جنسی زنان نابارور شهر مشهد انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی - توصیفی در سال ۹۱ بر روی ۲۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری مشهد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد با استفاده از مقیاس کمال گرایی (MPS) و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) مورد آزمون قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۰۱ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین ابعاد کمال گرایی (خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار) با عملکرد جنسی زنان نابارور، ارتباط منفی و معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ یعنی هرچه میزان کمال گرایی افزایش یابد، میزان عملکرد جنسی در زنان نابارور کاهش می یابد. در تعامل ابعاد کمال گرایی، کمال گرایی جامعه مدار پیش بینی کننده معنادارتری برای عملکرد جنسی بود ($p = 0/014$).

نتیجه گیری: ابعاد کمال گرایی به خصوص جامعه مدار باعث می شود تا زنان نابارور علاوه بر استرس هایی که به دلیل ناباروری خود تحمل می کنند، تحت تأثیر تنش افزونی به دلیل افکار کمال گرایانه خود قرار گیرند. بنابراین اضطراب بیشتر، منجر به افت عملکرد جنسی آن ها می شود.

کلمات کلیدی: کمال گرایی، زنان، عملکرد جنسی، ناباروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: شیوا زارع زاده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. تلفن: ۰۹۳۶۳۱۲۲۸۰۸ ؛ پست الکترونیک: zarezade.shiva@yahoo.com

مقدمه

عملکرد جنسی، جنبه مهمی از کیفیت زندگی زناشویی و یک تجربه روانی- فیزیولوژیک واقعی است که بر اساس چاپ چهارم "کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی"، یک چرخه پاسخ چهار مرحله ای اعم از میل جنسی^۱، برانگیختگی^۲، اوج لذت جنسی^۳ و فرونشینی^۴ برای آن مشخص شده است (۱). اغلب جوامع در سرتاسر جهان از مسائل جنسی، تابویی ساخته اند و آن را به نوعی کنترل می کنند. این در حالی است که رفتار جنسی نیز گزینه ای می باشد که باید مانند سایر غرایز ارضاء شود و سرکوب، سکوت و عدم آموزش و برداشت صحیح از آن باعث ایجاد معضل و مشکل برای جوامع می شود (۲). یکی از مهمترین مقوله هایی که به نحوی با عملکرد جنسی در ارتباط است، ناباروری است. سازمان جهانی بهداشت، ناباروری را به عنوان یک معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است (۳). ناباروری به منزله فقدان اساسی از تلخ ترین تجربه های زندگی مانند مرگ یکی از بستگان درجه یک که واکنش سوگ را به دنبال دارد، توصیف شده است و این رویداد، تنش جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می کند (۴). در مطالعه ای که در مؤسسه بین المللی بهداشت در کشورهای بلژیک، فرانسه و هلند انجام شد؛ زنان، ناباروری را از نظر میزان شدت تنش زا بودن در بین تجربه های تنش زای زندگی، پس از مرگ مادر، مرگ پدر و خیانت همسر در مرتبه چهارم از لیست دوازده گانه وقایع حیاتی متأثر کننده تقسیم بندی کردند (۵). تعریف بالینی ناباروری بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت شامل: ناتوانی در بارداری پس از یک سال نزدیکی طبیعی، پیایی و بدون پیشگیری است (۶). شیوع ناباروری در مناطق مختلف بر اساس مطالعات انجام شده از ۱۰ تا ۱۸ درصد متفاوت است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۸ درصد از زوجین در طول سال های باروری خود، به نوعی مشکل ناباروری را تجربه می کنند (۷). در بررسی های به عمل آمده در

ایران، ۲۴/۹ درصد (حدود یک چهارم) زوجین ایرانی، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک خود تجربه کرده و ۳/۴ درصد آن ها در هر برهه ای از زمان دارای مشکل ناباروری می باشند (۸). مطالعات نشان داده اند که ناباروری از عواملی است که بر روی تمایلات جنسی و در نهایت عملکرد جنسی زوجین و به خصوص زنان تأثیر بسزایی دارد. در چنین شرایطی فعالیت جنسی با احساس ترس، شکست، ناکفایتی و از دست رفتن همراه شده و یا حالت اجبار پیدا می کند که سرانجام منجر به کاهش میل جنسی، عدم رسیدن به اوج لذت جنسی و سایر اختلالات جنسی می شود (۹). زوج ناباروری که خود را عامل ناباروری می داند، هم خود را سرزنش کرده و هم از طرف همسر و اطرافیان به خصوص خانواده همسر سرزنش می شود و این وضعیت باعث افزایش احساس شرم و گناه، بی هویتی شخصیتی و جنسی، احساس خستگی و درماندگی شده که تمام این عوامل به نوبه خود بر روی میل و انگیزتگی جنسی زن نابارور تأثیر می گذارند (۱۰). ناباروری پیامدهای روانشناختی متعددی دارد که از جمله آن ها می توان به تفکرات و باورهای غیر منطقی اشاره کرد. نظریه بک در مورد اختلالات هیجانی بیانگر آن است که اولین مؤلفه در این گونه اختلالات، حضور باورهای غیر منطقی است. به عقیده وی مشکلات عاطفی و رفتاری از تحریف واقعیت، که معمولاً به علت فرض ها و منطق معیوب است، ناشی می شوند، بنابراین پاسخ های هیجانی فرد با ارزیابی تحریف شده خود و نه با واقعیت هماهنگ است (۱۱). وقتی یک رویداد یا واقعه ناراحت کننده برای فرد اتفاق می افتد، خود آن رویداد، فرد را ناراحت یا مضطرب نمی کند، بلکه برداشت وی از آن رویداد است که منجر به اضطراب و ناراحتی می شود (۱۲). تقسیم بندی های مختلفی در مورد باورهای غیرمنطقی وجود دارد؛ در یک تقسیم بندی، ۱۰ باور غیر منطقی توقع از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن، واکنش به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، باور غیر منطقی وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال گرایی بیان شده اند (۱۰). کمال گرایی به عنوان تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست

¹ Desire

² Excitement

³ Orgasm

⁴ Resolution

نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها که با ارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه است، تعریف شده است (۱۳، ۱۴). از لحاظ تاریخی، مفهوم کمال گرایی یک مقوله روانشناختی مورد علاقه بسیاری از روان‌شناسان نظیر آدلر (۱۹۵۶)، هالنדר (۱۹۶۵)، هورنای (۱۹۵۰) و پیچ (۱۹۸۴) می‌باشد (۱۵). فروید، کمال گرایی را به کنش افراط گونه‌ی فرامن نسبت داد. از آن پس بر ماهیت درون روانی این سازه شخصیتی، به منزله تمایل پایدار فرد به وضع استانداردهای کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها تأکید شده است. تقسیم بندی فرد مدار به هنجار - نوروتیک کمال گرایی بازتاب همین رویکرد است. بر اساس این تقسیم بندی، کمال گرای به هنجار، از تلاش و رقابت برای برتری و کمال لذت می‌برد و در عین حال محدودیت‌های شخصی را به رسمیت می‌شناسد، اما کمال‌گرای نوروتیک به دلیل انتظارات غیر واقع بینانه، هرگز از عملکرد خود خشنود نخواهد شد (۱۶).

نتایج مطالعات مربوط به کمال گرایی، آثار مثبت و منفی کمال گرایی را بر افکار، عواطف و رفتارها تأیید کرده‌اند (۱۷-۲۱). بلت (۱۹۹۵) معتقد است که کمال‌گرای سازش نیافته (منفی - نوروتیک) به شدت از شکست اجتناب می‌کنند و در برابر احتمال انتقادگری دیگران آسیب پذیرند. این گروه از کمال‌گراها، حوزه‌های مختلف فعالیت و روابط اجتماعی را تهدید کننده، تحمیلی و ناحمایت‌گر تلقی می‌کنند. برعکس، کمال‌گرایان به هنجار یا مثبت در عین حال که استانداردهای شخصی بالایی برای خود وضع می‌کنند، می‌توانند محدودیت‌های شخصی و محیطی را بپذیرند و خود را موفق بدانند؛ حتی اگر استانداردهای شخصی آن‌ها کاملاً محقق نشود (۲۲). از جمله مطالعاتی که در این زمینه انجام شده می‌توان به مطالعه چراغعلی گل و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان "پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس کمال گرایی مثبت و منفی" اشاره کرد. این مطالعه نشان داد که رضایت زناشویی با کمال گرایی منفی، ارتباط منفی معناداری و با کمال گرایی مثبت، ارتباط مثبت معناداری دارد (۲۳). مطالعه بارلو و همکار (۱۹۹۶) تحت عنوان "بررسی ارتباط کمال گرایی، رضایت زناشویی و اختلالات جنسی در مردان دچار اختلال نعوظ" نشان داد که کمال گرایی با اختلالات جنسی ارتباط مثبت و معناداری دارد، این در حالی است که رضایت زناشویی با معناداری بیشتری منجر به کاهش اختلالات جنسی در این دسته از مردان و همسرانشان می‌شود (۲۴). مطالعه هویت و همکاران (۱۹۹۹) که به بررسی رابطه بین کمال گرایی و رضایت جنسی در روابط صمیمی پرداخت، نشان داد که رضایت جنسی در زوجین با افزایش ابعاد سه‌گانه کمال گرایی، به طور معناداری کاهش می‌یابد (۲۵). از آنجایی که بسیاری از درمان‌گران جنسی معتقدند مردان و زنان دچار اختلالات جنسی و باروری اغلب خودگویی‌های منفی، افکار غیر منطقی، خطاهای شناختی و ابعادی از کمال گرایی را دارند که همگی منجر به سرزنش خویش و به تبع کنش جنسی و باروری منفی تری می‌شود (۲۶)، از این رو مطالعه دیگری به بررسی رابطه بین سبک‌های اسنادی، تفکر کمال‌گرایانه و خودگویی‌ها با اختلال نعوظ ثانویه پرداخت. این مطالعه نشان داد که مردانی که دچار این اختلال جنسی هستند نسبت به مردان عادی، بیشتر از سبک‌های اسنادی ناکارآمد منفی، تفکر کمال‌گرایانه و خودگویی‌های منفی استفاده می‌کنند (۲۶). فراسوی رویکرد تک‌بعدی فرد مدار کمال گرایی، نتایج مطالعات اخیر به پیدایش رویکردهای چند بُعدی کمال گرایی کمک کرده‌اند (۲۷). کمال گرایی را به عنوان سازه سه بعدی شخصیت تعریف کرده‌اند که از کمال گرایی خودمدار، کمال گرایی دیگر مدار و کمال گرایی جامعه مدار تشکیل شده است. این محققان ابزار خودسنجی برای اندازه‌گیری این مؤلفه‌ها تدوین کرده‌اند که مقیاس چند بُعدی کمال گرایی (به اختصار ام پی اس) نام دارد. کمال گرایی خودمدار با تمایل به وضع معیارهای سخت‌گیرانه و غیر واقع بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خود نظارت‌گری‌های دقیق مشخص می‌شود (۲۷). در واقع این جنبه از کمال گرایی یک مؤلفه انگیزشی است که کوشش‌های فرد برای دستیابی به "خویشتن کامل" را شامل می‌شود. این شکل از کمال گرایی، نزدیک‌ترین بُعد به سازه‌ای است که اغلب به عنوان کمال گرایی شناخته شده است (۱۶). کمال گرایی

نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها که با ارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه است، تعریف شده است (۱۳، ۱۴). از لحاظ تاریخی، مفهوم کمال گرایی یک مقوله روانشناختی مورد علاقه بسیاری از روان‌شناسان نظیر آدلر (۱۹۵۶)، هالنדר (۱۹۶۵)، هورنای (۱۹۵۰) و پیچ (۱۹۸۴) می‌باشد (۱۵). فروید، کمال گرایی را به کنش افراط گونه‌ی فرامن نسبت داد. از آن پس بر ماهیت درون روانی این سازه شخصیتی، به منزله تمایل پایدار فرد به وضع استانداردهای کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها تأکید شده است. تقسیم بندی فرد مدار به هنجار - نوروتیک کمال گرایی بازتاب همین رویکرد است. بر اساس این تقسیم بندی، کمال گرای به هنجار، از تلاش و رقابت برای برتری و کمال لذت می‌برد و در عین حال محدودیت‌های شخصی را به رسمیت می‌شناسد، اما کمال‌گرای نوروتیک به دلیل انتظارات غیر واقع بینانه، هرگز از عملکرد خود خشنود نخواهد شد (۱۶).

نتایج مطالعات مربوط به کمال گرایی، آثار مثبت و منفی کمال گرایی را بر افکار، عواطف و رفتارها تأیید کرده‌اند (۱۷-۲۱). بلت (۱۹۹۵) معتقد است که کمال‌گرای سازش نیافته (منفی - نوروتیک) به شدت از شکست اجتناب می‌کنند و در برابر احتمال انتقادگری دیگران آسیب پذیرند. این گروه از کمال‌گراها، حوزه‌های مختلف فعالیت و روابط اجتماعی را تهدید کننده، تحمیلی و ناحمایت‌گر تلقی می‌کنند. برعکس، کمال‌گرایان به هنجار یا مثبت در عین حال که استانداردهای شخصی بالایی برای خود وضع می‌کنند، می‌توانند محدودیت‌های شخصی و محیطی را بپذیرند و خود را موفق بدانند؛ حتی اگر استانداردهای شخصی آن‌ها کاملاً محقق نشود (۲۲). از جمله مطالعاتی که در این زمینه انجام شده می‌توان به مطالعه چراغعلی گل و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان "پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس کمال گرایی مثبت و منفی" اشاره کرد. این مطالعه نشان داد که رضایت زناشویی با کمال گرایی منفی، ارتباط منفی معناداری و با کمال گرایی مثبت، ارتباط مثبت معناداری دارد (۲۳). مطالعه بارلو و همکار (۱۹۹۶) تحت عنوان "بررسی ارتباط کمال گرایی، رضایت زناشویی و اختلالات جنسی در مردان دچار اختلال نعوظ" نشان داد که کمال گرایی با اختلالات جنسی ارتباط مثبت و معناداری دارد، این در حالی است که رضایت زناشویی با معناداری بیشتری منجر به کاهش اختلالات جنسی در این دسته از مردان و همسرانشان می‌شود (۲۴). مطالعه هویت و همکاران (۱۹۹۹) که به بررسی رابطه بین کمال گرایی و رضایت جنسی در روابط صمیمی پرداخت، نشان داد که رضایت جنسی در زوجین با افزایش ابعاد سه‌گانه کمال گرایی، به طور معناداری کاهش می‌یابد (۲۵). از آنجایی که بسیاری از درمان‌گران جنسی معتقدند مردان و زنان دچار اختلالات جنسی و باروری اغلب خودگویی‌های منفی، افکار غیر منطقی، خطاهای شناختی و ابعادی از کمال گرایی را دارند که همگی منجر به سرزنش خویش و به تبع کنش جنسی و باروری منفی تری می‌شود (۲۶)، از این رو مطالعه دیگری به بررسی رابطه بین سبک‌های اسنادی، تفکر کمال‌گرایانه و خودگویی‌ها با اختلال نعوظ ثانویه پرداخت. این مطالعه نشان داد که مردانی که دچار این اختلال جنسی هستند نسبت به مردان عادی، بیشتر از سبک‌های اسنادی ناکارآمد منفی، تفکر کمال‌گرایانه و خودگویی‌های منفی استفاده می‌کنند (۲۶). فراسوی رویکرد تک‌بعدی فرد مدار کمال گرایی، نتایج مطالعات اخیر به پیدایش رویکردهای چند بُعدی کمال گرایی، کمک کرده‌اند (۲۷). کمال گرایی را به عنوان سازه سه بعدی شخصیت تعریف کرده‌اند که از کمال گرایی خودمدار، کمال گرایی دیگر مدار و کمال گرایی جامعه مدار تشکیل شده است. این محققان ابزار خودسنجی برای اندازه‌گیری این مؤلفه‌ها تدوین کرده‌اند که مقیاس چند بُعدی کمال گرایی (به اختصار ام پی اس) نام دارد. کمال گرایی خودمدار با تمایل به وضع معیارهای سخت‌گیرانه و غیر واقع بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خود نظارت‌گری‌های دقیق مشخص می‌شود (۲۷). در واقع این جنبه از کمال گرایی یک مؤلفه انگیزشی است که کوشش‌های فرد برای دستیابی به "خویشتن کامل" را شامل می‌شود. این شکل از کمال گرایی، نزدیک‌ترین بُعد به سازه‌ای است که اغلب به عنوان کمال گرایی شناخته شده است (۱۶). کمال گرایی

دیگر مدار بیان کننده تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است؛ این نوع کمال گرایی با خصومت و سرزنش دیگران همراه است. این جنبه در اصل همان کمال گرایی خود مدار است، اما رفتار کمال گرایی به سوی دیگران جهت گیری شده است. جنبه سوم، یعنی کمال گرایی جامعه مدار به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده کردن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تأیید اطلاق می شود که دسترسی به این معیارهای کمال گرایانه تحمیل شده اجتماعی اگر محال نباشد، حداقل دشوار است (۲۷). از آنجایی که افراد کمال گرا همواره به دنبال رسیدن به معیارها و استانداردهای شخصی هستند، کمتر گستره ای به هنجار از هیجانان سالم را تجربه می کنند و در عوض، هیجانان این دسته از افراد تنها بین دو طیف هیجانی احساس تسکین و وحشت تغییر می کند و همین عامل باعث می شود تا کمتر احساس رضایت از زندگی را تجربه کرده و به تبع آن، کمتر از روابط خود لذت ببرند (۲۸). زمانی که فرد از لذت بردن در روابط صمیمی خود محروم می شود، توانایی بهره بردن از روابط جنسی را نیز از دست می دهد. مطالعه باوارو (۲۰۱۲) نشان داد که کمال گرایی بر تمایل فرد به رابطه جنسی، احساس جذابیت و توانمندی جنسی و لذت بردن از روابط جنسی اثر منفی دارد (۲۹).

بنابراین ناباروری باعث ضربه سنگینی بر فرد شده و موجب بروز احساس بی ارزشی و بی کفایتی شده و همزمان احساس گناه و مسئولیت پذیری بیشتری را بر می انگیزد (۳۰). همچنین با در نظر گرفتن ناباروری به عنوان یک عامل استرس زا، ارتباط انکارناپذیر تفکرات غیر منطقی همچون کمال گرایی در ناباروری قابل توجیه می باشد. خطاهای شناختی به علت نبود فرزند نیز به نوبه خود باعث احساس فرسودگی و خستگی، ارتباط نامناسب با همسر و کاهش علاقه، محبت و خشنودی از فعالیت جنسی می شود (۳۱). لذا سؤالی که مطرح می شود این است که با توجه به پیشینه پژوهشی فوق آیا در زنان نابارور نیز، ابعاد مختلف کمال گرایی می تواند بر عملکرد جنسی شان تأثیرگذار باشد؟

لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کمال گرایی با عملکرد جنسی زنان نابارور انجام شد.

روش کار

این مطالعه همبستگی توصیفی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۷۹ زن دارای پرونده مراجعه کننده به مراکز درمانی ناباروری شهر مشهد جهت دریافت خدمات درمانی ناباروری انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و مسلمان بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم استفاده از مواد مخدر، نداشتن فرزند خوانده و عدم ابتلاء به بیماری طبی شدید بود و معیار خروج از مطالعه شامل: ابتلاء به انواعی از اختلالات جنسی که توسط پزشک تشخیص داده شده بود. جهت تعیین حجم نمونه به دلیل فقدان مطالعه ای مشابه در این زمینه، از مطالعه مقدماتی استفاده شد که با استفاده از فرمول آماری، تعداد ۲۰۰ نفر به دست آمد. پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه کتبی از شرکت کنندگان در مطالعه، اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه گردآوری شد. شایان ذکر است که تعداد ۲۱ پرسشنامه به دلیل دقیق نبودن یا نقص در پاسخگویی تحلیل نشد و در تحلیل نهایی، حجم نمونه به ۱۷۹ نفر تقلیل یافت. **ابزار پژوهش:**

الف) مقیاس چند بُعدی کمال گرایی (ام پی اس)^۱: برای اندازه گیری کمال گرایی، از مقیاس چند بُعدی کمال گرایی، ام پی اس استفاده شد. ام پی اس از ۳ خرده مقیاس ۱۵ گویه ای تشکیل شده است که کمال گرایی خودمدار^۲، کمال گرایی دیگر مدار^۳ و کمال گرایی جامعه مدار^۴ را اندازه می گیرد. آزمودنی ها میزان موافقت خود را بر اساس یک مقیاس ۵ قسمتی نشان می دهند؛ نمره های بالاتر نشان دهنده کمال گرایی بیشتر است (۲۷). برای نمونه در زیر دو عبارت از پرسشنامه ام پی اس ذکر شده است:

¹ Multiple perfectionism scale

² Self-oriented

³ Other-oriented

⁴ Socially prescribed perfectionism

می باشد. کسب نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی واحد پژوهش است. نقاط برش برای تمایلات جنسی ۲/۱، برانگیختگی جنسی ۲/۸، رطوبت مهبل ۲/۸، ارگاسم ۲/۶، رضایت جنسی ۳، درد ۳ و برای نمره کل شاخص عملکرد جنسی ۲۸ بود. پایایی شاخص عملکرد جنسی زنان در ایران ($I=0/81$) تأیید شد (۳۳). روش گردآوری داده ها به این صورت بود که پژوهشگر پس از تأیید پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی نامه از دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد و اخذ مجوز از مسئولین مراکز تحقیقاتی درمانی ناباروری مشهد، روزانه به این مرکز مراجعه می کرد و پس از بیان اهداف و روش مطالعه و اطمینان دادن به بیماران در مورد محرمانه ماندن اطلاعات آنان و بر اساس معیارهای ورود، افراد واجد شرایط را انتخاب کرد. پس از کسب رضایت نامه کتبی از واحدهای پژوهش، توضیحات کلیدی در مورد نحوه پاسخ دهی به سؤالات ارائه شد و پرسشنامه ها توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف داده ها از روش های آمار توصیفی شامل شاخص های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی استفاده شد. جهت بررسی ارتباط بین کمال گرایی با عملکرد جنسی زنان نابارور از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۰۱ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

مشخصات فردی افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ و مشخصه های آمار توصیفی نمرات آزمودنی ها در کمال گرایی و ابعاد آن و شاخص عملکرد جنسی زنان در جدول ۲ نشان داده شده است.

۱- کمال گرایی خودمدار: وقتی مشغول به کاری هستیم تا آن را به عالی ترین شکل به اتمام نرسانم آرامش نمی گیرم.

۲- کمال گرایی جامعه مدار: اطرافیانم انتظار دارند در هر کاری که انجام می دهم موفق باشم.

مطالعات متعددی از چند بُعدی بودن روایی و پایایی مقیاس ام پی اس در جمعیت های بالینی، دانش آموزان و دانشجویان و عموم مردم حمایت کرده اند (۲۷). دامنه ضرایب آلفا برای این مقیاس بین ۰/۷۴ و ۰/۸۹ گزارش شده است و خرده مقیاس ها با سازه هایی همبستگی داشته اند که از لحاظ نظری مشابه بوده اند و تحت تأثیر سوگیری های پاسخ قرار نگرفته اند. در مطالعه حاضر قابلیت اعتماد پرسشنامه ام پی اس از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) به دست آمد. ضریب آلفا برای خرده مقیاس کمال گرایی خودمدار و جامعه مدار به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۷۰ بود که نشان دهنده همسانی درونی بالای مقیاس است. در مطالعه بشارت (۱۳۸۳) مشخصه های روان سنجی این مقیاس بررسی شد. ضرایب پایایی بازآزمایی برای کمال گرایی خودمدار $I=0/84$ و برای کمال گرایی جامعه مدار $I=0/80$ گزارش شده است (۱۶).

ب) پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۱: یک پرسشنامه شش بُعدی است که عملکرد جنسی زنان را به وسیله ۱۹ سؤال در ابعاد تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد مورد بررسی قرار می دهد. نمرات در نظر گرفته شده برای هر سؤال بُعد میل جنسی (۱ تا ۵ امتیاز) و برای ابعاد تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد (صفر تا ۵ امتیاز) می باشد. نمره فرد در هر قسمت با جمع نمرات سؤالات مربوط به آن بخش و ضرب کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر بخش "ضریب تمایلات جنسی (۰/۶)، برانگیختگی جنسی (۰/۳)، رطوبت مهبل (۰/۳)، ارگاسم (۰/۳)، رضایت جنسی (۰/۴)، درد (۰/۴)" محاسبه شد. دامنه نمرات بُعد تمایلات جنسی بین ۱/۲ تا ۶ امتیاز و سایر ابعاد، صفر تا ۶ امتیاز می باشد. دامنه نمره کل اختلال عملکرد جنسی بین ۱/۲ تا ۳۶ امتیاز

¹ Female Sexual Function Index

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی واحد های پژوهش

سن	Mean± SD	۲۸/۸±۶/۲
راهنمایی		٪۱۵/۱۰
تحصیلات	متوسطه و دیپلم	٪۳۴/۵۰
	فوق دیپلم و لیسانس	٪۴۲/۶۰
	فوق لیسانس و بالاتر	٪۸/۷۰
مدت ناباروری	۱ تا ۳ سال	٪۶۰/۴۰
	۳ تا ۶ سال	٪۲۵/۳۰
	۶ تا ۹ سال	٪۱۴/۳۰

جدول ۲- ویژگی های توصیفی متغیرهای پژوهش در واحدهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
کمال گرایی خودمدار	۳۵/۹۰۸	۵/۹۵۴
کمال گرایی دیگرمدار	۳۴/۷۰۸	۶/۲۹۶
کمال گرایی جامعه مدار	۳۵/۵۳۱	۵/۷۵۰
کمال گرایی	۱۰۶/۱۴۸	۱۷/۰۵۱
عملکرد جنسی	۲۸/۵۵۱	۶/۰۹۴

برای به دست آوردن میزان رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج همبستگی های محاسبه شده بین کمال گرایی، ابعاد آن و عملکرد جنسی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- ضریب همبستگی بین کمال گرایی، ابعاد آن و عملکرد جنسی

کمال گرایی خودمدار	کمال گرایی دیگرمدار	کمال گرایی جامعه مدار	کمال گرایی	عملکرد جنسی
-۰/۶۳۲	-۰/۶۵۹	-۰/۷۱۳	-۰/۷۴۵	
P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	

معناداری وجود داشت (آزمون یک دامنه، $p < 0.05$)، $r = 0.713$ ، $n = 179$ ، به منظور پی بردن به اینکه در تعامل ابعاد کمال گرایی، کدام یک پیش بینی کننده بهتری برای عملکرد جنسی هستند، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴، ۵ و ۶ آمده است.

بر اساس نتایج جدول فوق، بین ابعاد کمال گرایی و عملکرد جنسی (آزمون یک دامنه، $p < 0.05$ ، $r = 0.713$ ، $n = 179$)، بین کمال گرایی خودمدار و عملکرد جنسی (آزمون یک دامنه، $p < 0.05$ ، $r = 0.632$ ، $n = 179$)، بین کمال گرایی دیگرمدار و عملکرد جنسی (آزمون یک دامنه، $p < 0.01$ ، $r = 0.659$ ، $n = 179$) و بین کمال گرایی جامعه مدار و عملکرد جنسی همبستگی منفی و

جدول ۴- آماره های تحلیل رگرسیون چندگانه

ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تصحیح شده
۰/۵۲۳	۰/۲۷۳	۰/۲۴۰

جدول ۵- تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه

درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
۳	۱۸۷۶۴/۴۵	۶۱۱۴/۶۵۲	۷۶۵/۰۴۵	۰/۰۰۱
۱۷۹	۱۳۷۱/۷۶۴	۶/۶۸۷		

جدول ۶- آماره های متغیرهای پیش بین در مدل رگرسیون

متغیرهای پیش بینی کننده	مقدار بتا	سطح معناداری
کمال گرایی خودمدار	-۰/۱۸۴	۰/۰۲۱
کمال گرایی دیگر مدار	-۰/۳۴۵	۰/۴۵۰
کمال گرایی جامعه مدار	-۰/۴۷۱	۰/۰۱۴

حتی زمانی که شوهر عامل ناباروری باشد، زنان مسئولیت بیشتری را برای ناباروری متوجه خود می دانند. شوهران نیز زنان را مسئول ناباروری می پندارند. سرزنش به زن، چه از سوی همسر و چه به صورت خود سرزنشگری، باعث می شود فرد خود را از رابطه جنسی با همسر کنار بکشد (۳۷). از طرفی مطالعات نشان داده اند که خطاهای شناختی نظیر کمال گرایی، باعث پیدایش اضطراب و استرس در افراد می شود (۳۱) که این استرس، دشواری موقعیت زنان نابارور را دو چندان می سازد.

بنابراین با در نظر گرفتن ناباروری به عنوان یک عامل استرس زا، ارتباط انکارناپذیر تفکرات غیر منطقی نظیر کمال گرایی قابل توجهی می باشد. با این حال تاکنون مطالعه ای که به بررسی این شاخه از خطاهای شناختی (کمال گرایی) پرداخته باشد، انجام نشده است لذا مطالعه حاضر با بررسی تفکر کمال گرایی زنان نابارور و اثر آن بر عملکرد جنسی آن ها، گامی نوین در حوزه خدمات روانشناختی به این دسته از زنان برداشت.

نتایج مطالعه حاضر رابطه خطی متغیر کمال گرایی را با میزان تمایلات جنسی تأیید کردند و مشخص شد که این رابطه از نوع معکوس می باشد؛ یعنی با افزایش ابعاد کمال گرایی، عملکرد جنسی در زنان نابارور کاهش می یابد که با نتایج مطالعه بارلو و همکار (۱۹۹۶)، هویت و همکار (۱۹۹۱)، اسپرینگر (۲۰۱۲)، باوارو (۲۰۱۲) و بارلو (۱۹۸۶) همخوانی داشت. نتایج مطالعه آنان مبنی بر ارتباط منفی بین ابعاد مختلف کمال گرایی و عملکرد جنسی بود (۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۶)، همچنین مطالعه تروکس و همکار (۱۹۹۸) نشان داد که مکانیسم های شناختی بر سازگاری و رضایت زناشویی تأثیرگذارند و این افکار غیرمنطقی در زوجینی که دارای مشکلات خاص می باشند، بیش از افرادی که این مشکلات را ندارند، بروز می کند، به همین دلیل زندگی زوجین نابارور از

بر اساس نتایج جدول تحلیل رگرسیون، ضریب همبستگی چندگانه برای مدل رگرسیون فوق برابر ۰/۵۲۳ شد که مجذور آن یعنی ضریب تعیین برابر با ۰/۲۷۳ و ضریب تعیین تصحیح شده نیز برابر با ۰/۲۴۰ بود. علاوه بر این، نتایج تحلیل واریانس رگرسیون که در جدول ۵ گزارش شده است، نشان می دهد که اثر رگرسیون فوق معنادار می باشد، لذا مدل رگرسیونی برازش داده شده به داده ها، یک مدل مناسب و معنادار (ضریب تعیین تصحیح شده = ۰/۲۴۰، $p < ۰/۰۰۵$ و $F_{(۱۷۹،۳)} = ۵/۲۹۱$ ، متغیر معنادار کمال گرایی جامعه مدار با بتا = ۰/۴۷۱ و $p < ۰/۰۵$) می باشد. در نتیجه در تعامل ابعاد کمال گرایی، کمال گرایی جامعه مدار بیشترین سهم را در تعیین عملکرد جنسی زنان نابارور دارد.

بحث

ناباروری بر روی تمایلات جنسی مؤثر است (۹). مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین ابعاد کمال گرایی و عملکرد جنسی زنان نابارور شهر مشهد انجام شد.

مطالعات متفاوت نشان داده اند که جمعیت نابارور در مقایسه با جمعیت عمومی از رضایت جنسی کمتری برخوردارند (۳۴، ۳۵). زوجین، بخش اعظمی از احساس ارزشمندی و خوب بودن خود را از یکدیگر دریافت می کنند. هر چند سهم عوامل دیگر انکار نمی شود، اما با این وجود هنگامی که زن به این نتیجه رسید که توانایی تولید مثل و باروری را ندارد، احساس گناه و نقص می کند. در نتیجه گاهی ممکن است این حس حقارت خواسته و ناخواسته در ارتباط زناشویی با کمبود یا فقدان محبت و عشق ورزی شوهر تأیید شود و در طی زمان تبدیل به یک احساس شرم پایدار شده و رفته رفته بر تمایلات جنسی فرد تأثیرگذار شود (۳۶). در موقعیت ناباروری

آسیب این افکار کمال گرایانه مصون نبوده و به دلیل نداشتن قدرت باروری، تصور می کنند که جذابیت جنسی نیز نداشته و نمی توانند عملکرد جنسی مناسبی از خود نشان دهند (۳۷) در مطالعه حاضر بین عملکرد جنسی و ابعاد کمال گرایی اعم از خود مدار، دیگر مدار و جامعه مدار ارتباط معنی داری وجود داشت. در توجیه و تبیین نتایج به دست آمده باید گفت از آنجایی که لذت و به تبع آن، عملکرد جنسی آدمیان بیشتر محصول ذهن است تا بدن؛ افسردگی، اضطراب، خشم و ترس می تواند در آن تداخل ایجاد کند. کمال گرایی بیان کننده تمایل به انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است که با خصومت و سرزنش دیگران همراه است، از طرفی احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده کردن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تأیید معیارهای تحمیل شده اجتماعی اگر محال نباشد، حداقل دشوار است (۲۷). این اعتقاد غیر منطقی نتیجه مطابق نبودن امور بر وفق مراد افراد می باشد که بسیار تنش زا است. یک زن نابارور به دلیل توقع کمال گرایانه و غیر منطقی از دیگران و انتظارات بیش از حد از خود، در جهت تخریب شناخت و تفکرات خود نسبت به مقوله بارداری و فرزندپروری پیش می رود و این گونه، فعالیت های جنسی اش از هدف های تولید مثل و باروری جدا شده، کسب لذت را با مشکلات گوناگون همراه می سازد و به صورت غیرمستقیم مشکلات جنسی را افزایش می دهد (۳۶).

از نقاط قوت مطالعه حاضر، نوین بودن آن و پرکردن خلأ پژوهشی در حوزه سلامت روان شناختی زنان نابارور است. در واقع این مطالعه می تواند به عنوان یک مطالعه ابتدایی برای برنامه ریزی طرح های مداخله ای و درمانی در خصوص تغییر و اصلاح ابعاد تفکر کمال گرایی در زنان نابارور محسوب شود. از آنجایی که در مطالعه حاضر روش نمونه گیری به شکل در دسترس بود و

حجم نمونه آماری کم بود، اطلاعات به دست آمده ممکن است قابلیت تعمیم به کل جامعه را نداشته باشند. از جمله محدودیت های این مطالعه، عدم شرکت مردان در مطالعه بود، در نتیجه باورهای جنسی آن ها که به تبع بر همسرانشان تأثیر می گذارد مورد بررسی قرار نگرفت و در نهایت از آنجایی که این مطالعه تنها در حوزه ناباروری زنان انجام شد و جمعیت مردان نابارور را مدنظر قرار نداد، قابل تعمیم به جمعیت تمام افراد نابارور (اعم از زن و مرد) نیست.

به دلیل وجود محدودیت های فوق الذکر در مطالعه حاضر، پیشنهاد می شود که مطالعات آینده با حجم نمونه بیشتر و شیوه های آماری تصادفی تر در زمینه باورهای جنسی هر دو جنس و بررسی مردان نابارور انجام شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، ناباروری به عنوان یک عامل استرس زا، ارتباطی انکارناپذیر با تفکرات غیر منطقی نظیر کمال گرایی دارد و به تبع تفکر کمال گرایی نهایتاً بر عملکرد جنسی اثر گذاشته، اختلالاتی را در این عملکرد باعث می شود. بنابراین پیشنهاد می شود که بستری فراهم شود تا زوجین نابارور به موازات درمان طبی، از خدمات درمانی روانشناختی در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری به شکل زوج درمانی و گروه درمانی بهره مند شوند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین و پرسنل مرکز تحقیقات باروری و ناباروری شهر مشهد و تمامی کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. American Academy of Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1995.
2. Ohadi B. [Normal and abnormal sexual desires of human]. Isfahan:Atropat;2001. [in Persian].
3. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. Intenational estimates of infertility prevalence and treatment seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod 2007 Jun;22(6):1506-12.

4. Jedzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Szyfter J, Przewozna J, Taszarek-Hauke G, Pawelczyk L. [Feeling and emotions in women treated for infertility] [Article in Polish]. *Przegl Lek* 2004;61(12):1334-7.
5. Mohammadi MR, Khalaj Abadi Farahani F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2001 Oct-Dec;2(4(8)):33-9.
6. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, Marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod* 2000 Aug;16(8):1762-7.
7. Andrews FM. Infertility –problem stress different? the dynamics of stress in fertile and infertile couples. *J Coupl Ther* 1993;59(2):478-9.
8. Sargholzary M. Abnormal psychology, sexual problem & depression in women infertilities. *Infertility* 2000 Fall;5(3):234-47.
9. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J Sex Res* 2006 Feb;43(1):68-75.
10. Lichtenberg JW. Psychological illness, and subscription to Ellis's irrational beliefs. *J Couns Dev* 1992 Nov-Dec;71(2):157-63.
11. Beak AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York:International Universities Press;1976.
12. Smith TW, Houst BK, Zurawski RM. Irrational beliefs and arousal of emotional distress. *J Couns Psychol* 1984 Apr;31(2):190-201.
13. Burns DD. The perfectionist's scripts for self-defeat. *Psychol today* 1980 Nov;14:34-52.
14. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res* 1990;14:449-68.
15. Speirs Neumeister KL, Finch H. Perfectionism in high-ability students: relational precursors and influences on achievement motivation. *Gift Child Quart* 2006;50(3):238-52.
16. Besharat MA. [An investigation of the relationship between perfectionism and self-esteem in pre-college students] [Article in Persian]. *Dev Psychol* 2004;1(1):21-30.
17. Parker WD. An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *Am Educ Res J* 1997 Fall;34(3):545-62.
18. Terry-Short LA, Owens RG, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. *Pers Individ Dif* 1995 May;18(5):663-8.
19. Davis C. Normal and neurotic perfectionism in eating disorder: an interactive model. *Int J Eat Disord* 1997 Dec;22(4):421-6.
20. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JI, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. *Pers Individ Dif* 1993 Jan;14(1):119-26.
21. Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology* 1978 Feb;15(1):27-33.
22. Blatt SJ. The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *Am Psychol* 1995 Dec;50(12):1003-20.
23. Cheraghali Gol H, Rostami AM, Goudarzi M. Prediction of marital satisfaction based on perfectionism. *Proc Soc Behav Sci* 2013 Oct 10;89:567-71.
24. DiBartolo PM, Barlow DH. Perfectionism, marital satisfaction, and contributing factors to sexual dysfunction in men with erectile disorder and their spouses. *Arch Sex Behav* 1996 Dec;25(6):581-8.
25. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol* 1991 Mar;60(3):456-70.
26. Fiddler AT, Bernstein J. Infertility: from a personal to a public health problem. *Public Health Rep* 1999 Nov;144(6):494-511.
27. Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, Ghazal-Aswad S, Asaad MA. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *Int J Obstet* 2003 Feb;80(2):183-8.
28. Springre SH. How perfectionism hurts relationships. The joint (Ad)ventures of well-educated Couples. 2012. Available at: <http://www.psychologytoday.com>
29. Bavaro S. How feeding perfectionism can starve your sex life. *Agrateful life* 2012 Sep 6. Available at: <http://www.agreatfullife.com/aglblog/how-feeding-perfectionism-can-starve-your-sex-life/>.
30. Hashemi L, Latifian M. [A study relationship between goal orientation and pre-university students] [Article in Persian]. *J Psychol Stud* 2010;5(3):15-28.
31. Mohammadi KH, Heidari M, Faghihzadeh S. [The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version] [Article in Persian]. *Payesh* 2008 Jul;7(3):269-78.
32. Abbey A, Andrews FM, Halman L. Infertility and subjective well-being: the mediating roles of self esteem, internal control, interpersonal conflict. *J Marriage Fam* 1992;54:408-17.
33. Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: a relational approach to counseling women. *J Couns Dev* 2000;78:400-10.
34. Brand HJ. The influence of sex differences on the acceptance of infertility. *J Reprod Infant Psychol* 1989;7:129-31.
35. Seif D, Alborzi SH. The relationship between demographic characteristic & affect in dissatisfaction of infertile couple. *Infertility* 2009 Fall;9:25-30.
36. Barlow DH. Cause of sexual dysfunction in infertility couple. *J Cons Clin Psychol* 1986;54:78-89.
37. Theroux B, Pole RT. Irrational beliefs and intervention. *J Psychosoc Nurs* 1998;3:56-68.