مقاله پژوهشی
Original Article

# رابطهٔ سردمزاجی (به‌عنوان یک ناتوانی جنسی) و ابعاد تعارضات زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر یزد

*حسن زارعی محمودآبادی[1]، مجید نعیم‌یاوری[2]

# The Relationship between Sexual Frigidity (as a sexual disability) and Marital Conflict in Women residing in Yazd

*Hasan Zareei Mahmoodabadi[1], Majid Naeim Yavari[2]

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۳، زمستان ۱۳۹۲، ۱۷-۱۰
MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 10-17

**چکیده**

**هدف:** امروزه سردمزاجی در زمرهٔ ناتوانی‌های جنسی به حساب می‌آید. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سردمزاجی و ابعاد تعارضات زناشویی در زنان متأهل ساکن شهر یزد صورت گرفت.

**روش‌بررسی:** پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی بوده و جامعهٔ آماری شامل همهٔ زنان متأهل ساکن شهر یزد در سال ۱۳۹۱ بوده است. از میان آن‌ها صد نفر از زنانی که شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش نیز شامل دو پرسشنامهٔ تعارض زناشویی (MCQ) و سردمزاجی جنسی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین تمام خرده‌مقیاس‌های تعارضات زناشویی رابطهٔ معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$). این مقدار همبستگی برای همکاری در منزل ($r=-۰/۳۲۹$)، رابطهٔ جنسی ($r=-۰/۴۵۹$)، واکنش‌های هیجانی ($r=۰/۳۵۹$)، جلب حمایت فرزندان ($r=-۰/۲۶۹$)، معنادار و منفی است. از طرفی مقدار همبستگی برای رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود ($r=۰/۳۱۳$)، رابطهٔ فردی با خویشاوندان همسر و دوستان ($r=۰/۳۷۵$)، جداکردن امور مالی از یکدیگر ($r=۰/۳۹۳$) با سردمزاجی مثبت و معنادار است. همچنین میزان همبستگی بین سردمزاجی جنسی با سن زنان و مدت ازدواج که به‌ترتیب ($r=۰/۲۲۰$ و $r=۰/۱۳۷$) است معنادار نیست ($p>۰/۰۵$).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس این یافته‌ها زنان دارای تعارض زناشویی بالاتر، سردمزاجی بالاتری از خود نشان داشته و تعارض زناشویی در زنان، با گذشت سال‌های ازدواج کاهش می‌یابد. با افزایش سردمزاجی میزان حمایت همسر از زن کم می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** سرد مزاجی، ناتوانی جنسی، تعارض زناشویی، زنان.

پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۱۵
دریافت: ۱۳۹۲/۴/۲۸

***Abstract***

**Objective:** Today frigidity is considered a sexual disability. The aim of this study was to investigate the relationship between sexual frigidity (as a sexual disability) and the dimensions of marital conflict in married women in Yazd.

**Methods:** The study was descriptive-correlational. The study population consisted of all married women living in Yazd. A hundred women who possessed the inclusion criteria were selected by purposeful sampling. The instruments of this research included two questionnaires: the Marital Conflict (MCQ) & Sexual Frigidity questionnaires. The data were analyzed by descriptive statistics (mean, standard deviation) and Pearson's correlation coefficient at ($p$=0.05).

**Results:** Results showed a significant relationship between women's sexual frigidity and the dimensions of marital conflict ($p$<0.05). This correlation was negatively associated with: partnership at home (r=0.329), sexual relationship (r=0.459), emotional reactions (r=0.359), and support seeking from children (r=0.269). Sexual frigidity was positively associated with: individual relationship with own relatives (r=0313), individual relationship with spouse's relatives and friends (r=0.375), and separation of finances from each other (r=0.393). Moreover, there was not a significant relationship between sexual frigidity and duration of marriage (r=0.137) & women's age (r=0.220) ($p$>0.05).

**Conclusion:** Based on these findings, women with higher marital conflicts show higher sexual frigidity. Furthermore, marital conflicts decreased with the passage of years of marriage. An increased sexual frigidity also reduced partner support.

**Keywords:** Sexual Frigidity, Sexual Disability, Marital Conflict, Women

Received: 19/7/2013
Accepted: 10/8/2013

۱. دکترای مشاوره خانواده، استادیار دانشگاه یزد، دانشکده علوم تربیتی، یزد، ایران؛ ۲. کارشناس ارشد هدایت و نظارت پژوهشی، مرکز تحقیقات کاربردی یزد، یزد، ایران؛
***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه یزد، دانشکده علوم تربیتی. *تلفن: ۰۳۵۱۱۸۱۲۳۵۷۰، *رایانامه: zareei_h@yahoo.com

1. PhD of Family Counseling, Assistant Professor at Yazd University, Yazd, Iran; 2. MSc in Research Guidance and Supervision, The Applied Research Centre of Yazd, Yazd, Iran. ***Correspondent Author Address:** University of Yazd, Yazd, Iran. *Tel: +98 (351) 18123570; *E-mail: zareei_h@yahoo.com

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.1.7 ]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 10-17

## مقدمه

نیاز جنسی از دیرباز تاکنون به‌عنوان یکی از بحث‌انگیزترین نیازهای انسان مطرح بوده و در هر دوره‌ای از تاریخ حتی آن زمان که فرهنگ و تمدن به معنای کنونی آن وجود نداشته ذهن بشر را به خود معطوف ساخته و رفتار انسان را تحت تأثیر خود قرار داده است (۱).

زناشویی سعادتمندانه نیز اگرچه فقط تا اندازه‌ای مربوط به روابط جنسی است ولی این روابط یکی از علل مهم خوشبختی زندگی زناشویی است. اگر این روابط قانع‌کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی و تعارض زناشویی[1] و در نتیجه ازهم‌پاشیدگی خانواده می‌شود، بنابراین هر گونه ناتوانی در روابط جنسی بر رابطهٔ زوجین تأثیرگذار است (۲).

ناتوانی و اختلالات جنسی[2] یکی از مشکلات بسیار شایع است که افراد جوامع با آن دست و پنجه نرم می‌کنند. حدود یک سوم مردهای روی زمین از اشکالات مربوط به انزال (ناتوانی) و یک سوم خانم‌ها از اختلال در ارگاسم[3] رنج می‌برند و چنانچه انبوه مبتلایان به سایر اختلالات را هم به این ارقام اضافه کنیم، این ادعا که اختلالات جنسی شیوع بالایی دارند واقعیت محض خواهد بود (۳). نابهنجاری‌های جنسی به‌گونه‌ای فاحش و شگفت‌انگیز، کیفیت زندگی بسیاری از زنان و حتی دیدگاه آن‌ها نسبت به خود و ارتباط بین فردی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). امروزه ناتوانی‌های جنسی از عوامل اصلی اختلاف و نارضایتی از زندگی است.

باسون و همکاران (۵) اظهار داشتند که ناتوانی‌های جنسی زنان از نظر جسمانی مشوش‌کننده، از نظر عاطفی پریشان‌کننده و از نظر اجتماعی تباه‌کننده هستند. یکی از این اختلالات شایع، اختلال میل جنسی کم‌کار یا سردمزاجیست. این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است، بنابر تحقیقات کینزی به نقل از رینیش و بیزلی (۶) بیشتر شکایات جنسی زنان در مورد میل جنسی پایین یا بازداری شده است که اغلب مردم آن را سردمزاجی[4] می‌نامند. گزارش شاور (۷) حاکی از این است که حدود ۵۰ درصد از درمان‌جویان، میل جنسی بازداری شده را گزارش کرده‌اند. هاوتون (۸) گزارش داد که ۵۲ درصد در نمونهٔ وسیعی از زنان برتانیا اختلال علاقهٔ جنسی را تجربه کرده‌اند. همچنین هیساسو[5] (۹) در یک نمونهٔ وسیع از زنان ژاپنی نرخ شیوع اختلال میل جنسی کم را ۳۰ درصد گزارش دادند. وستمیر و لوپاتر (۱۰) طی پژوهشی بر روی ۴۰۰ زن مراجعه‌کننده به پزشک متخصص زنان و زایمان دریافتند که ۲۱ درصد این جمعیت به سردمزاجی مبتلا هستند و این اختلال دومین نابهنجاری شایع زنان است. پژوهش وارناک(۱۱) نشان داد که بیش از یک سوم زنان بزرگسال از اختلال میل جنسی کم‌کار رنج می‌برند. اختلال میل جنسی کم‌کار یا سردمزاجی، فقدان واکنش هیجانی در میل است که با عدم انگیزهٔ درونی جنسی و عدم لذت در هنگام ارتباط جنسی همراه است. به‌طوری که پاسخ‌های اجتناب فعال از تماس جنسی تا شرکت در فعالیت جنسی با همسر علی‌رغم فقدان میل جنسی را در برمی‌گیرد.

زنان سردمزاج اغلب اقدامی برای آغاز فعالیت جنسی نمی‌کنند و چنانچه نشانه‌ای از میل به فعالیت جنسی از سوی شریک جنسی خود احساس کنند، با اکراه آن را می‌پذیرند. به‌طور کلی این زنان تجربه‌های جنسی اندکی دارند اما در برخی از موارد به لحاظ میل به ایجاد صمیمیت با همسر یا در اثر اجبار برای پاسخ‌گویی به نیازهای جنسی همسر، اقدام به فعالیت جنسی می‌کنند (۴). پژوهشگران معتقدند که به‌منظور سنجش اختلال میل جنسی کم‌کار به جای قضاوت‌کردن بر اساس تعداد دفعات مشارکت فرد در ارتباط جنسی با همسر باید بر میزان دفعات تمایل و تفکر جنسی فرد تأکید کرد زیرا بسیاری از افراد بدون اینکه تمایل به ارتباط جنسی داشته باشند به شرکت در فعالیت جنسی می‌پردازند (۱۲).

1. Marital Conflict
2. Sexual dysfunction
3. Orgasm
4. Frigidity
5. Hisasue

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.1.7 ]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 10-17

فقدان یا ناتوانی میل جنسی ممکن است به‌صورت کاهش دفعات همبستری، عدم احساس جذابیت در شریک جنسی یا شکایت آشکار از فقدان میل جنسی ظاهر شود (۱۳). توجه به این نکته ضروری به نظر می‌رسد که از دست دادن میل جنسی در زندگی هر فردی و در دوره‌ای از زمان و تحت مجموعه‌ای از رخدادهای ناخوشایند روی می‌دهد (۷). ولیکن زمانی که فرد تحت تأثیر مشکل جسمانی، آسیب روانی، مصرف مواد مخدر یا شرایط بد محیطی، با فقدان علاقهٔ جنسی مواجه شود، به این عدم علاقه و میل جنسی، اختلال میل جنسی کم‌کار اطلاق نمی‌شود زیرا اختلال میل جنسی کم‌کار، ویژگی پایداری است که موجب آشفتگی فرد شده و حتی موجب ایجاد مشکلاتی در روابط بین فردی (از جمله تعارض زناشویی) نیز می‌شود (۱۴).

در واقع میل جنسی کم علت اصلی سایر اختلالات جنسی است. حداقل نیمی از مشکلات جنسی به‌وسیلهٔ میل جنسی کم ایجاد می‌شوند و این اختلال یک ویژگی پایدار است که موجب آشفتگی فرد شده و حتی موجب مشکلاتی در روابط بین فردی نیز می‌شود (۱۵). تحقیقات متعددی نشان داده است که میل جنسی کم اغلب با ناسازگاری و تعارض زناشویی، نارضایتی زناشویی (۱۶) و سطح متوسطی از اضطراب و افسردگی همراه است. علاوه بر این مشکلات بین فردی همچون تعارضات زناشویی، کیفیت اندک ارتباط زناشویی و رضایت زناشویی کم نیز خود جزء عوامل ایجادکننده سردمزاجی جنسی در زنان هستند (۱۷).

از نظر محققان تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن (از جمله نیاز جنسی)، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (۱۸،۱۹). فرآیند تعارض، زمانی به وجود می‌آید که یکی از طرفین رابطه احساس کند طرف مقابلش بعضی از مسائل مورد علاقهٔ او را سرکوب می‌کند (۲۰). از دیدگاه برخی محققان نیز تعارض هنگامی رخ می‌دهد که چیزی رضایت را برای یک طرف فراهم کرده، در حالی که برای دیگری محرومیت را به دنبال آورد (۲۱). این احساس رضایت برای یکی و محرومیت برای دیگری می‌تواند در زمینهٔ ارضای نیاز جنسی بین زوجین باشد (۲۲).

در زمینهٔ آثار مخرب تعارض زناشویی نیز می‌توان به پیامدهای جسمی، روانی و رابطه‌ای آن اشاره کرد. خطر فزایندهٔ انواع اختلالات روانی مانند افسردگی و سوء مصرف مواد و ناکارآمدی جنسی و در نهایت طلاق فقط بخشی از عوارض آن است که در پژوهش‌ها به آن اشاره شده است (۱۸)؛ بنابراین شناسایی ریشه‌های تعارض (که یکی از آن‌ها اختلالات جنسی است) و مهار آن و مقابله با آثار سوء و مداوم آن از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.

این پژوهش درصدد است تا ارتباط بین میزان سردمزاجی جنسی و تعارض زناشویی و همچنین ارتباط بین زیر مؤلفه‌های آن‌ها را در بین زنان ساکن شهرستان یزد بررسی کند.

## روش‌بررسی

با توجه به ماهیت این پژوهش که بررسی رابطه بین میزان سردمزاجی جنسی و تعارض زناشویی در زنان ساکن شهرستان یزد در سال ۱۳۹۱ است از روش توصیفی و از نوع همبستگی استفاده شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعهٔ آماری شامل تمامی زنان خانه‌دار ساکن شهر یزد در سال ۱۳۹۰ بود که از میان آن‌ها ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پرسشنامه به‌وسیلهٔ آن‌ها تکمیل شد. آزمودنی‌ها بعد از یک مصاحبهٔ نیمه‌ساختاری و اجرای پرسشنامه‌های مرتبط بر روی آن‌ها انتخاب شدند. پژوهشگر در سرتاسر پژوهش اصول اخلاقی پژوهش مثل اصل رازداری را رعایت نمود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۰ تحلیل شدند.

ابزار پژوهش: در این تحقیق از دو پرسشنامهٔ تعارض زناشویی (MCQ) و پرسشنامهٔ سردمزاجی جنسی (۲۳) استفاده شد.

پرسشنامهٔ تعارض زناشویی (MCQ): یک ابزار ۴۲ سؤالی است که برای سنجیدن تعارض زناشویی بر مبنای تجربیات بالینی توسط براتی و ثنایی (۲۴) ساخته شده است. این پرسشنامه حیطه‌های تعارض زوج‌ها را در هفت زمینه می‌سنجد و شدت تعارض

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.1.7 ]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 10-17

زناشویی را برآورد می‌کند. این ابعاد عبارتند از: ۱. کاهش همکاری؛ ۲. کاهش روابط جنسی؛ ۳. افزایش واکنش‌های هیجانی؛ ۴. افزایش رابطهٔ فردی با اقوام خود؛ ۵. کاهش رابطهٔ خانوادگی با خویشاوندان و دوستان همسر؛ ۶. جداکردن امور مالی از همدیگر؛ ۷. افزایش جلب همکاری فرزند (۲۵). برای تعیین روایی محتوا و صوری پرسشنامه، پرسشنامه روی یک گروه ۱۱۱ نفری متشکل از ۵۳ مرد و ۵۸ زن که برای رفع تعارض زناشویی خود به مراجع قضایی و مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۰۸ نفری از زوج‌های عادی متشکل از ۵۳ مرد و ۵۵ زن اجرا شد. مقایسهٔ میانگین دو گروه سازگار و ناسازگار در مردان و زنان و در ابعاد مختلف تعارض زناشویی تفاوت معناداری را نشان داد که می‌توان دال بر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوج‌های متعارض و نامتعارض باشد. به‌علاوه همبستگی هر سؤال با نمرهٔ کل آزمون معنادار به دست آمد. پایایی کل این پرسشنامه توسط براتی برابر با ۰/۵۲ به دست آمد (۱۸).

هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت =۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمرهٔ بیشتر در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و نمرهٔ کمتر دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنهٔ نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ است (۱۸).

پرسشنامهٔ سردمزاجی جنسی کلامی زنان: یک ابزار ۱۴۳ سؤالی است که برای سنجیدن سردمزاجی جنسی کلامی زنان با مطالعهٔ منابع علمی معتبر و بر مبنای ملاک‌های موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) و پرسشنامه‌های خارجی همچون پرسشنامهٔ انگیزهٔ جنسی آن‌هوپر (۲۶) و همچنین در نظر گرفتن مسائل فرهنگی کشورمان توسط عشقی و بهرامی (۲۳) ساخته شد. در این پرسشنامه سردمزاجی در ۴ حیطه مورد ارزیابی قرار گرفت. این چهار حیطه عبارت بودند از: حیطهٔ شناختی، حیطهٔ رفتاری، حیطهٔ احساسی و حیطهٔ جسمانی. در مجموع ۱۴۳ عبارت مطرح شد که هر عبارت دارای ۵ گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) با نمره‌های ۱ تا ۵ بود. روایی محتوای پرسشنامه توسط پنج متخصص مشاوره و پزشک متخصص زنان و زایمان تأیید شد. برای تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که این ضریب برابر ۰/۸۵ به دست آمد (۲۳).

## یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ زن خانه‌دار ساکن شهرستان یزد بررسی شدند که نتایج نشان داد میانگین و انحراف استاندارد سن آن‌ها به ترتیب ۳۳ و ۲/۲ و میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواجشان به ترتیب ۱۲ و ۴/۳ بوده و اکثراً دارای ۲ فرزند بودند. همچنین سطح تحصیلات اکثر آزمودنی‌ها دیپلم بود. میانگین نمرهٔ تعارض زناشویی برابر ۸۷/۴۶ و انحراف استاندارد آن ۲/۴۲ بود که نشان‌دهندهٔ سطح متوسط تعارض زناشویی بود و همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرهٔ سردمزاجی جنسی زنان به‌ترتیب برابر با ۳۸ و ۴/۶ بود. همچنین نتایج آزمون نرمالیته شاپیرو بیانگر نرمال‌بودن توزیع نمرات در متغیر وابسته است ($p>0/05$).

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین سردمزاجی و ابعاد تعارضات زناشویی n=۱۰۰

| ضریب همبستگی | | ابعاد تعارضات زناشویی | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | نمره کل | همکاری | رابطهٔ جنسی | واکنش‌های هیجانی | جلب حمایت فرزندان | رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود | رابطهٔ فردی با خویشاوندان همسر و دوستان | جداکردن امور مالی از یکدیگر |
| سردمزاجی | ضریب همبستگی | ۰/۴۸۳ | -۰/۳۲۹* | -۰/۴۵۹** | -۰/۳۵۹** | -۰/۲۶۹* | ۰/۳۱۳* | ۰/۳۷۵** | ۰/۳۹۳** |
| | سطح معناداری | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۲۹ | ۰/۰۱۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۰۱ |

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.1.7 ]

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد به‌طور کلی ضریب همبستگی بین نمرهٔ کل (تعارضات زناشویی) r=۰/۴۸ و مقدار $p$=۰/۰۰۱ است، در نتیجه رابطه معنادار است. به عبارتی حدود ۲۵ درصد از تغییرات سردمزاجی ناشی از تعارضات زناشویی است. همچنین با بالارفتن میزان تعارضات زناشویی میزان سردمزاجی جنسی نیز افزایش می‌یابد.

جدول شماره ۱ نیز نشان می‌دهد بین تمام خرده‌مقیاس‌های تعارضات زناشویی رابطهٔ معنادار وجود دارد ($p$<۰/۰۵). این مقدار همبستگی برای همکاری در منزل (r=-۰/۳۲۹)، رابطهٔ جنسی (r=-۰/۴۵۹)، واکنش‌های هیجانی (r=-۰/۳۵۹)، جلب حمایت فرزندان (r=-۰/۲۶۹) معنادار و منفی است. به عبارتی با افزایش هر کدام از این ابعاد تعارض زناشویی، سردمزاجی زنان کمتر می‌شود.

از طرفی مقدار همبستگی برای رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود (r=۰/۳۱۳)، رابطهٔ فردی با خویشاوندان همسر و دوستان (r=۰/۳۷۵)، جداکردن امور مالی از یکدیگر (r=۰/۳۹۳) با سردمزاجی مثبت و معنادار است. به عبارتی با افزایش هر کدام از این ابعاد، سردمزاجی زنان بیشتر می‌شود.

جدول ۲. میزان همبستگی بین سردمزاجی با سن و مدت ازدواج n=۱۰۰

| ضریب همبستگی | | سن زنان | مدت ازدواج |
|---|---|---|---|
| سردمزاجی جنسی | ضریب همبستگی | ۰/۲۲۰ | ۰/۱۳۷ |
| | سطح معناداری | ۰/۰۹۵ | ۰/۲۹۹ |

همان‌طور که از جدول ۲ استنباط می‌شود میزان همبستگی بین سردمزاجی جنسی با سن زنان و مدت ازدواج که به ترتیب (r=۰/۲۲۰) و (r=۰/۱۳۷) است معنادار نیست ($p$>۰/۰۵). به عبارتی سردمزاجی به سن زنان و مدت ازدواج آن‌ها بستگی ندارد.

## بحث

ارتباط جنسی، پیچیده و متنوع بوده و تحت تأثیر روابط بین فردی، شرایط زندگی و تنش‌ها و تعارض‌های موجود در آن قرار دارد. این رفتار با ساختار زیست‌شناختی و احساس کلی فرد نسبت به خودش به‌عنوان یک مرد یا یک زن و تجارب و تحولات شخصی در رابطه با مسائل جنسی رابطهٔ تنگاتنگی دارد (۲۷). در این پژوهش به بررسی رابطهٔ بین تعارض زناشویی و سردمزاجی جنسی زنان پرداخته شد. نتایج نشان داد بین سردمزاجی و تعارض زناشویی رابطهٔ معناداری وجود دارد یعنی با افزایش سردمزاجی جنسی، تعارض زناشویی نیز افزایش می‌یابد. همچنین بین همهٔ خرده‌مقیاس‌های تعارض زناشویی با سردمزاجی جنسی رابطه وجود داشت ($p$<۰/۰۵) که این نتیجه همسو با نتایج تحقیق‌های انجام شده توسط زیمر و همکاران و اسپنس و همکاران است (۲۸، ۲۹). آنان در پژوهش خود نشان دادند که میل جنسی کم اغلب با ناسازگاری و نارضایتی زناشویی همراه است. این یافته همچنین با نتایج پژوهش کایان و همکاران و مک‌کاب و همکاران همسو بود (۳۰،۳۱). مک‌کاب در پژوهشی که بر روی ۱۹۸ زن و مرد مبتلا به اختلال عملکردجنسی انجام داد، بیان کرد که وجود اختلال عملکرد جنسی با تمام جنبه‌های رابطهٔ صمیمی ارتباط دارد و نمونه‌هایی که در روابط صمیمانه خود مشکل دارند و دچار تعارضات زناشویی هستند، اختلالات عملکرد جنسی بیشتری نیز نشان می‌دهند (۳۱). هارتمن و همکاران نیز در تحقیقی که در مورد تمایلات جنسی کم در میان زنان میانسال انجام دادند، عوامل تنش‌زای زندگی، عوامل زمینه‌ای مانند کیفیت ارتباط و تعارض و ناسازگاری زناشویی و همچنین عوامل شخصیتی و تجربیات و تمایلات گذشته و سلامت جسمی و روانی را از دیگر عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ مهم اختلال عملکرد جنسی زنان معرفی کردند (۳۲). طبیعی است که تأمین نیاز جنسی به‌عنوان یک موضوع اساسی در ازدواج بر جنبه‌های مختلف رابطه تأثیرگذار است؛ بنابراین وجود رابطهٔ سردمزاجی جنسی با تعارض و ناسازگاری در رابطهٔ زناشویی نتیجه دور از انتظاری

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.1.7 ]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 10-17

نخواهد بود. آنچه در اینجا مهم می‌نماید توجه به تدابیری جهت پیشگیری و حل این مشکلات است.

در مطالعهٔ حاضر در بررسی رابطهٔ بین سن و میزان سردمزاجی، ارتباط آماری معناداری حاصل نشد. این نتیجه متناقض با یافته‌های سایر محققان بود (۳۵-۳۳). آن‌ها در پژوهش خود سن را به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار بر اختلال عملکرد جنسی معرفی کردند. به این صورت که ۷۲/۷ زنان کمتر از ۱۹ سال در روابط جنسی خود با مشکل مواجه بودند. از طرفی ۸۰ درصد زنان بالای ۳۵ سال نوعی از مشکلات را در روابط جنسی خود بیان کرده بودند. در ارتباط با سن کم و سردمزاجی جنسی می‌توان آن را به کم‌تجربگی یا تصورات نامطلوب زنان در مورد مسائل جنسی نسبت داد. از سویی دیگر زیاد بودن مشکلات جنسی از جمله سردمزاجی در زنان با سنین بالاتر احتمالاً مرتبط با تغییرات بدنی، شکل بدن و وضعیت سلامتی فرد ایجاد می‌شود؛ زیرا هر یک از این تغییرات به نوبهٔ خود بر عملکرد جنسی فرد مؤثر است. با توجه به اینکه دلایل سردمزاجی جنسی به دو دستهٔ دلایل جسمانی و روانشناختی تقسیم می‌شود و این دلایل می‌توانند در هر سنی و با توجه به شرایط جسمی و همچنین رابطه‌ای و میان‌فردی برای زنان اتفاق بیفتد، بدیهی است که سن تنها عامل تعیین‌کننده در این زمینه نخواهد بود.

نتیجهٔ دیگر این پژوهش نشان داد که بین مدت زمان ازدواج با سردمزاجی جنسی رابطهٔ معناداری وجود ندارد. این نتیجه با پژوهش‌های بلوریان و گنجلو (۳۳)، مناقض بود. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند افزایش مدت زندگی مشترک با کاهش میزان اختلالات عملکرد جنسی همراه است، به‌طوری‌که میانگین مدت زندگی زناشویی در افراد بدون اختلال عملکرد جنسی در مقایسه با نمونهٔ دارای اختلال بیشتر بود. فانی صابری و همکاران نیز در پژوهش خود بیان کردند که تجربهٔ ارگاسم با مدت زندگی زناشویی ارتباط معناداری دارد (۳۴). از سویی پژوهش‌های دیگر نشان دادند که با افزایش مدت زمان ازدواج، سردمزاجی در زنان نیز افزایش می‌یابد. کاین و همکاران در پژوهش خود که به‌منظور بررسی شیوع اختلال جنسی در زنان و عوامل خطر بالقوهٔ آن روی ۱۷۹ زن ترک انجام داده بودند، نشان دادند شیوع اختلالات جنسی زنان با افزایش سن و مدت زمان ازدواج بیشتر شده و عواملی از قبیل تحصیلات کم و بیماری‌های مزمن و زایمان متعدد، ریسک فاکتورهای مهم در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی در زنان است (۳۰). در توجیه یافتهٔ این پژوهش مبنی بر معنادار نبودن رابطهٔ مدت زمان ازدواج با سردمزاجی جنسی زنان می‌توان گفت، در هر حال آنچه از لحاظ روانشناختی بیشترین تأثیر را در بروز اختلالات جنسی به‌خصوص در زنان دارد، طول مدت گذشته از ازدواج نیست بلکه نوع رابطه و مشکلات میان‌فردی و تنش‌های موجود در آن است که می‌تواند تعیین‌کننده باشد؛ لذا پژوهش‌های بیشتر در این زمینه لازم می‌نماید.

یافتهٔ دیگر این پژوهش نشان داد که بین مدت زمان ازدواج با تعارض زناشویی رابطهٔ معناداری وجود دارد، به این صورت که با افزایش مدت زمان ازدواج، تعارض زناشویی کاهش می‌یابد ($p<۰/۰۵$). این یافته همسو با نتایج تحقیق هالفورد و همکاران بود (۲۲). آن‌ها نیز در پژوهش خود نشان دادند که بین مدت زمان ازدواج و تعارض زناشویی رابطه وجود دارد و تعارض زناشویی در سال‌های اولیه ازدواج بیشتر است. بدیهی است که در سال‌های اولیهٔ زندگی مشترک، زوجین به دلیل عدم آگاهی از خصوصیات و ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری یکدیگر بیشتر دچار تعارض و مشکل شوند ولی با گذشت زمان بهتر می‌توانند با هم سازگار شده و یکدیگر را درک کنند.

## نتیجه‌گیری

ناتوانی در ارضای نیازهای همسر می‌تواند اثرات مخربی بر روابط زوجین بگذارد. ناتوانی جنسی یکی از عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ طلاق است. توجه به این امر و بهبود مهارت‌های زندگی در زوجین ناتوان می‌تواند از مشکلات احتمالی پیشگیری نماید. لازم است قبل از هر چیزی آموزش زوجین در زمینهٔ مسائل جنسی در اولویت قرار گیرد.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.1.7 ]

## References


1. Bahadori Y. Normal abnormal sex. 5th international conference Islamic counseling, sexual health and family counseling.Tehran.2009. [Persian].
2. Slosarz WJ. Relations between lifestyle and factors affecting sexual life. Sex Relatsh Ther. 2000;15(4):367–80.
3. Toozandeh Jani H, Mohammadi M, Tavakoli Zadeh J, Dehgani M. Treatment of sexual disorders. Tehran: Peike farhang pub; 2009. [Persian]
4. Sutherland OA. Phenomenological Analysis of Frequent and Disruptive Sexual Discomfort in Married Women. Trinity Western University; 2002.
5. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000;163(3):888–93.
6. Reinisch JM. The Kinsey Institute new report on sex. Macmillan; 1990.
7. Schover LR. Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach. Guilford Press; 2006.
8. Hawton K. Sex therapy: A practical guide. Cambridge Univ Press; 1985.
9. LoPiccolo J, Lobitz WC. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. Arch Sex Behav. 1972;2(2):163–71.
10. Whestheimer RLS, Lopater S. Human Sexuality: A psychology perspective. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
11. Warnock J. Female hypoactive sexual desire disorder. CNS Drugs. 2002;16(11):745–53.
12. Beck JG. Hypoactive sexual desire disorder: an overview. J Consult Clin Psychol. 1995;63(6):919-27.
13. Poorafkari N. Psychiatric summery. Tehran: Ayandeh sazan pub; 2001. [Persian]
14. Mansur L, Adib Rad N. The comparison of couples conflicts and their dimension in women referred to health care centers Beheshti University. Journal of Counseling Research & Developments. 2004;3(11):47-64. [Persian]
15. Berkow MH. The Merck manual. 16th ed. Merck and Co. Inc. 2002.
16. Goldsmith S. Human sexuality: The family source book. Mosby; 1986.
17. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Heterosexuality. Gramercy Books; 1998.
18. Barati T. The impact of marital conflict on interpersonal interactions. Thesis for Master of Science. Tehran, Rodehen Azad University; 2000. [Persian]
19. Qorbani K. Couple therapy, the effect of treatment of intellectual-emotional on couples conflicts. Thesis for Master of Science. Isfahan, Isfahan University; 2010. [Persian]
20. Greeff TDB. Conflict management style and marital satisfaction. J Sex Marital Ther. 2000;26(4):321–34.
21. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. Eur Urol. 2005;47(3):366–75.
22. Halford WK. Brief Therapy for Couples: Helping Partners Help Themselves. Guilford Press; 2003.
23. Eshqi R. Effect of cognitive behavioral counseling on improving women's frigidity Isfahan city. Thesis for Master of Science. Isfahan, Isfahan University; 2009. [Persian].
24. Sanaie B. Marriage and family scale. Tehran: Besat pub; 2000. [Persian]
25. Farah Bakhsh K. Comparison of cognitive counseling and Glaser reality therapy, and the combination of both the decline in marital conflict. PhD dissertation consulting. Tehran, Allameh TabaTabaei University; 2004. [Persian].
26. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: A Japanese female cohort study. Urology. 2005;65(1):143–8.
27. Azar M, Noor S. Couple sexual treatment. Tehran: Biar pub; 2008. [Persian].
28. Zimmer D. Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? J Sex Marital Ther. 1987;13(3):193–209.
29. Spence SH. Group versus individual treatment of primary and secondary female orgasmic dysfunction. Behav Res Ther. 1985;23(5):539–48.


[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.1.7 ]

30. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B lent, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int. 2004;72(1):52–7.
31. McCabe MP. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. J Sex Marital Ther. 1997;23(4):276–90.
32. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. Menopause. 2004;11(6, Part 2 of 2):726–40.
33. Boloorian Z, Ganjloo J. Sexual incompatibility and associated factors in women's health centers, and home health in Shiraz. Journal of Health psychology. 2007;2(31):163-70. [Persian].
34. Fani Saberi L. The study of marital satisfaction in women referred to counseling centers in Sari. Journal of student research. 2011;2(3):23-34. [Persian]

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 10-17

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۳، زمستان ۱۳۹۲، ۱۷-۱۰

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.1.7 ]