

◀ هر مقاله باید شامل این بخش‌های اصلی باشد: چکیده، کلمات کلیدی، مقدمه، روش شناسی، بحث اصلی، نتیجه گیری و منابع.

رابطه بین باورهای فراشناختی با عملکرد جنسی و وضوح تصور از خود در مردان متاهل کم فعال جنسی

منصور علی مهدی^۱، مرجان شاطرنیاسری^۲

^۱ دکتری روانشناسی سلامت، مدیریت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

Alimahdi.mansoor@yahoo.com

09127276290

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی تهران

shaterniyasarimarjan@yahoo.com

09031402809

چکیده :

عملکرد جنسی، قسمت عمده ای از زندگی و بخشی از رفتار انسان‌ها است و به اندازه ای با شخصیت فرد در هم آمیخته است که صحبت درباره آن به عنوان پدیده‌ای مستقل، غیرممکن و غیر محتمل به نظر می‌رسد. از این رو هدف از تحقیق حاضر بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی با عملکرد جنسی و وضوح تصور از خود در مردان متاهل کم فعال جنسی بوده است. روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش زوج‌هایی بودند که حداقل بیش از یکسال از ازدواج آنها گذشته بود و به مراکز درمانی و کلینیک‌های سکس تراپی و درمان مشکلات زناشویی به دو بیمارستان و دو کلینیک، به واسطه ی مشکلات روابط زناشویی شان مراجعه کرده بودند. از میان جامعه ذکر شده بر اساس هدف پژوهش و به روش هدفمند، ۱۱۰ نفر از مردان به عنوان نمونه انتخاب شدند. از ابزارهای باور فراشناختی ولز و هاتون، شاخص سلامت عملکرد جنسی مردان روزن و همکاران و پرسشنامه وضوح تصور از خود کمپل و همکاران استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین باورهای فراشناخت با عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود رابطه مستقیم وجود دارد. واز طرفی نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که هر دو متغیر عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود، متغیر باورهای فراشناختی را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی - عملکرد جنسی - وضوح تصور از خود - مردان متاهل کم فعال جنسی

۱- مقدمه: (مقدمه، بیان مسئله، ضرورت، بیان اهداف، سوالات پژوهش، مبانی نظری، پیشینه پژوهش)

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، اختلال کم‌فعالی جنسی به اختلال کم‌فعالی جنسی مردانه و اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان تقسیم شده است. در واقع در DSM-III در ابتدای امر این اختلال تحت نام اختلال میل جنسی مپار شده گنجانده شد، اما نام آن در DSM-III-R تغییر یافت. سایر اصطلاحات مورد استفاده در راهنمای تشخیصی برای توصیف این پدیده شامل: بی‌زاری جنسی و بی‌تفاوتی جنسی و اصطلاحات غیر رسمی یا محاوره‌ای‌تر مانند سردی جنسی. سازمان بهداشت جهانی در این راستا نام کمبود یا فقدان میل جنسی را بجای اختلال کمبود میل جنسی برگزیده است و ملاک‌های تشخیصی آن شامل: ۱- کمبود یا فقدان میل جنسی، که همراه بود با کاهش جستجوی رابطه جنسی، کاهش تفکر درباره رابطه جنسی و احساسات میل یا اشتها‌های مربوط به آن که با کاهش خیال‌پردازی‌های جنسی بروز می‌کند. ۲- علاقه و اشتیاق فرد به شروع رابطه جنسی چه با شریک جنسی خود و چه به صورت خودارضایی کاهش می‌یابد که این مسئله سبب می‌شود بسامد فعالیت‌های جنسی فرد به طور چشمگیری پایین‌تر از حد مورد انتظار سن و شرایط فرد باشد و یا تعداد فعالیت‌های جنسی فرد نسبت به میزان عملکرد قبلی خود افت کرده باشد. ۳- ملاک‌های کلی‌کژکاری جنسی می‌تواند وجود داشته باشد که عبارتند از: - فرد قادر نیست در رابطه جنسی دلخواه خود شرکت کند - کژکاری دائماً تکرار می‌شود ولی ممکن است در مواقعی هم وجود نداشته باشد - مدت زمان کژکاری حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد - و همچنین کژکاری را نمی‌توان به سایر اختلالات روانی یا جسمانی یا دارویی نسبت داد. برای اینکه این نام به عنوان یک اختلال در نظر گرفته شود، باید سبب پریشانی، نابسامانی یا مشکلات بین فردی مشخص شود و بهتر است با یک اختلال روانی دیگر مثل یک دارو (قانونی یا غیرقانونی)، یا برخی شرایط پزشکی دیگر توضیح داده نشود (چو^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به بررسی پژوهشگر در مطالعات قبلی، تخمین زده شده است که اختلال کم‌فعالی جنسی (HSDD)^۲ از ۱۷ تا ۵۲ درصد از جمعیت ایران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. این شیوع بالا به همراه بی‌توجهی و نادیده گرفتن این حوزه نشان می‌دهد که تحقیقات و پژوهش‌های بیشتری در مورد این مشکل و روش‌های درمانی مورد نیاز است. اختلال کم‌فعالی جنسی یکی از شایع‌ترین مشکلاتی و مسائلی است که در زوج‌درمانی و روابط زناشویی زوجین دیده می‌شود (رضانی، احمدی، قائم مقامی، مرزآبادی و پرداختی، ۲۰۱۵). با توجه به مطالعاتی که در حوزه سلامت جنسی مردان و زنان در کشور ایران شده است، به این نتایج رسیده است که میزان اختلالات عملکرد جنسی در خانم‌ها و آقایان ایرانی نسبتاً بالا بوده است. بر اساس مطالعات صورت گرفته حدود ۴۰ درصد از زوجین مبتلا به اختلالاتی در روابط جنسی و مقدار نسبی نارضایتی از این روابط هستند؛ به بیان دیگر می‌توان گفت حدود ۵۰ درصد زنان متأهل با سنی بالای ۳۵ سال به هیچ وجه ارگاسم را تجربه نکرده‌اند و تقریباً ۴۰ درصد مردان که به کلینیک‌های زوج‌درمانی در ایران مراجعه می‌کنند، از انزال زودرس رنج می‌برند (براتی، سلطانی، امدادی، ۱۳۹۳).

در چند سال گذشته، تعداد زیادی از پژوهش‌ها، روی تفاوت‌های جنسی و جنسیتی در تمایلات جنسی زنان و مردان متمرکز شده‌اند. آنچه تحت عنوان میل جنسی می‌توان نام برد بسیار کلی بوده و شامل خیال‌بافی‌های جنسی، خواب‌های و رویاهای جنسی، نحوه‌ی شروع رفتار جنسی در برابر شریک جنسی، پاسخگویی به شروع این رفتار از طرف مقابل، خودارضایی، حس ناحیه تناسلی، تأثیرپذیری از عوامل محرک محیطی و خواست درونی برای مطلوب واقع شدن می‌باشد. تمامی این نشانه‌ها بدون توجه به معنای دقیق و درک حس عمیق تمایل جنسی می‌تواند گمراه‌کننده و گیج‌کننده باشد. تمایل جنسی اصولاً محصول ترکیب سه عامل ذهنی مهم است که شامل: محرک، انگیزه و آرزو است (سلطان محمودلو، قزایی، فتاحی لواسانی و گوهری، ۲۰۱۳).

مفهوم "خود" می‌تواند از جنبه‌هایی فعالیت جنسی را تحت تأثیر خود قرار دهد. در نتیجه فرد با ارتباطاتی که با اطرافیان در محیط دارد و بازخوردهایی که اطرافیان در مورد او می‌دهند، می‌تواند به مفهومی از خویشتن برسد که همان تصور از خود است. با توجه به اهمیت و نقش پررنگ این مسئله، اشخاصی مانند راجرز پرسشنامه‌ای را برای سنجش خویشتن‌پنداری، به نام پرسشنامه خودپنداره (SCQ)^۳ ابداع کرد (روگرز، ۲۰۱۳) و یا اشخاصی مانند بک و استیر در سال ۱۹۷۸ بر پایه نظریه‌های شناختی بک، آزمونی را (BST)^۴ با هدف بررسی تصور از خود تهیه نمودند (بک، استر، اسپین و

¹ Chew et al

² Hypoactive sexual desire disorder

³ Self- concept questionnaire (SCQ)

⁴ Beck Self-Concept Test (BST)

بروین^۵، ۱۹۹۰). با این حال این ابزارها حوزه‌های متفاوتی از تصور از خود را مورد سنجش قرار می‌داد و فرد میزان شناخت خود را در هر یک از جنبه‌های توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی، عیب‌ها و حسن‌ها مشخص می‌کرد. در این پرسشنامه، راجرز به تفاوت بین خود واقعی و خود آرمانی پرداخته است که هر چه میزان این تفاوت کمتر باشد نشان دهنده آن است که آن فرد تصور از خود بالاتر و بهینه تری دارد. اما در هیچ یک از این ابزارها به میزان ثبات این تصور از خویشتن، در طول مدت زمان زیاد و همچنین عدم تناقضات در این باورها و جنبه‌های مختلف شخصیت، پرداخته نشده است. از طرفی ملاک‌هایی برای سنجش توانایی فرد از میزان شناختی که از خود دارد، در حدی که بتواند خود را به خوبی شناسایی و توصیف کند هم وجود نداشت. این در حالی است که اصطلاح "وضوح تصور از خود"^۶ یا (SCCS) در واقع همان درک عمیق از خویشتن و از تصویری که شخص از خود می‌تواند داشته باشد فراتر می‌رود. (رازیان، فتحی آشتیانی، حسن آبادی و اشرفی، ۲۰۱۹). در واقع SCCS به جنبه ساختاری و مهمی از مفهوم "خود" اشاره می‌کند. میزانی از خودباوری که به صورت واضح و با اطمینان بالا درونی شده و سازگار و پایدار است. (کمپل^۷ و همکاران، ۱۹۹۶). به معنایی دیگر "وضوح تصور از خود" یک نشانه‌ی کاملاً عینی از مهارت‌ها، ویژگی‌ها و توانایی‌هایی است که شخص از خود دارد. مطالعاتی که به بررسی SCCS در افراد سالم پرداخته‌اند نشان دهنده آن است که "وضوح تصور از خود"، نقش اساسی در بهداشت و سلامت روانی افراد به عهده دارد، به طوری که با کاهش سطح SCCS علائم و نشانه‌هایی مانند اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی، کمروبی، درون گرایی و غیره به طور آشکاری ظاهر میشوند و در صورت تداوم، مشکلات جدی به همراه خواهند داشت. بعلاوه بررسی‌ها نشان می‌دهند که یکی از مشکلاتی که تأثیر باز دارنده بر کارآمدی افراد دارد و از شکل گیری سالم هویت و شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی آنان جلوگیری می‌کند، مشکل در وضوح تصور از خود در این افراد است (فتحی آشتیانی و ملازمانی، ۱۳۸۷).

همچنین باورهای فراشناخت کلیدی است برای دست یابی به توانایی شناختی، که به افراد اجازه می‌دهد تا افکارشان را کنترل و بازسازی کنند و نقش اساسی در یادگیری اشخاص ایفا می‌کند (خلیلی، هنرپروران، ۲۰۱۷). به عبارتی، اطلاعاتی که از نظارت باورهای فراشناخت انعکاس پیدا میکنند اغلب به صورت احساسات ذهنی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار اشخاص اثر بگذارند. برای مثال، تجربه احساس دانستن، یک تجربه ذهنی است که در آن فرد اطلاعات رمز گردانی شده در حافظه را می‌تواند بازیابی کند. مؤلفه‌های باورهای فراشناختی دو کارکرد مهم در عملکرد فرد بر عهده دارند: اول از همه اینکه شامل دانش مربوط به موضوع‌های شناختی می‌شوند و شخص را نسبت به ویژگی‌های تفکر و شناخت خود آگاه می‌سازند و از طرف دیگر فعالیت‌ها و کارکردهای شناختی شخص را تنظیم می‌کنند (مارتین آلبو، نونز، دومیگوئز، لئون و توماس^۸، ۲۰۱۲). باورهای فراشناخت مرکب از دانش ضمنی ناهشیاری است که به نیروهای اجرایی مرکزی در فعالیت شناختی خود جهت ببخشد. الگوی باورهای فراشناختی یک چارچوب فراشناختی کلی در درک مفهوم آسیب پذیری، ایجاد و حفظ اختلالهای روانی و جنسی افراد را ارائه می‌دهد. این الگو پیشنهاد می‌کند که اختلالهای روانی - جنسی به وسیله الگوهای ثابت و پایدار فکری (مانند نگرانی یا نشخوار فکری)، تکنیک‌های توجهی در ارتباط با نظارت و یا تهدید شدن، اجتناب و سرکوب افکار، به وجود می‌آیند و حفظ می‌گردند و باورهای فراشناختی مثبت نگر (سودمند بودن نگرانی) و باورهای فراشناختی منفی نگر (مضر بودن نگرانی) باعث ایجاد یک سندرم شناختی - توجهی^۹ یا به اختصار CAS می‌انجامند که این سندرم سبب شکست در اصلاح و تغییر باورهای ناسازگار درباره شخص و بالا رفتن اطلاعات منفی در باره خویشتن می‌گردد. میتوان گفت، CAS تشکیل شده است از یک الگوی تفکر ثابت و دائمی که نگرانی‌های ذهنی، تهدید شدگی دائمی و رفتارهای مقابله‌ای مضر مانند وابستگی به مواد، تلاش برای سرکوب افکار مزاحم و غیر مزاحم، ریزانگاری تجارب برای یافتن راه حل، یا تلاش برای پیش بینی اتفاقات در آینده از ملاکهای آن میباشد (باسون^{۱۰}، ۲۰۰۸). در مدل فراشناختی، باور این است که افراد به این دلیل در دام هیجانی گرفتار می‌شوند که باورهای فراشناختی آنان به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. در زندگی زناشویی باورهایی وجود دارد که نادرستی و اشتباه بودن آن مشخص است و از طرفی مدارکی برای ثابت کردن اشتباه بودن آنها وجود ندارد. این باورها توقعاتی به وجود می‌آورند که مانع به ثمر نشستن اهداف زنان و مردان متأهل شده و عملکرد زناشویی آنها را به طور محسوس و ملموس به خطر می‌اندازد (فرد، ۲۰۲۱). وجود این باورهای فراشناختی اشتباه در زوجین سبب می‌شود که آنها در روبرویی با موقعیتهای مختلف احساس کنترل و ناتوانی فردی بیشتری حس کنند که این امر سبب کاهش رضایت زناشویی و در نتیجه بروز

⁵ Beck, Steer, Epstein, & Brown

⁶ Self concept clarity Scale (SCCS)

⁷ Campbell

⁸ Martín-Albo, Núñez, Domínguez, León, & Tomás

⁹ Cognitive Attentional Syndrome (CAS)

¹⁰ Basson

اختلالات جنسی در بین زوجین می‌شود (بامگارد^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). برخی از جنبه‌ها و زوایای ویژه ی باورهای فراشناخت با اختلالهای روانشناختی مرتبط است. ولز معتقد است که در برخورد با اختلالهای هیجانی و جنسی به یک الگوی چند مؤلفه‌ای با ابعادی پویا نیاز است. الگویی که بتواند وجوه بیشتری از اختلالهای هیجانی-جنسی را در برگیرد و ضمن توجه به محتوای شناخت، به نقش باورها در پردازش اطلاعات سوگیری‌های توجهی و کنترل شناخت نیز توجه داشته باشد. او همچنین تاکید می‌کند که عملیات پردازشی مرتبط با وقوع افکار و باورهای اضطرابی و افسرده ساز را در واقع باید به طرحها و دانش فراشناختی منصوب دانست. به همین خاطر، تلاش برای اصلاح محتوای فکر به تنهایی، آن هم توسط جانشینی آن با فکر مثبت، نمی‌تواند برای تغییر باورهای فراشناختی زیربنایی اختلال و عملیات پردازشی مربوط به آنها کافی باشد. مطالعه دلاور و همکاران نشان داد که بین مؤلفه‌های باورهای فراشناخت و اضطراب همبستگی وجود دارد (بهارک، بهروز و عباس، ۱۳۹۱) نقش مؤثر باورهای فراشناختی در کاهش وسواس ناشی از باورهای مثبت در مورد افکار وسواسی و در نتیجه افزایش سازگاری فرد در پژوهش خدابخش و همکاران مورد تاکید قرار گرفته است (خدابخش و همکاران، ۱۳۹۲). و همچنین مطالعاتی در زمینه رابطه باورهای فراشناختی با رضایت زناشویی در زنان نیز صورت گرفته است (عاشوری، جمال، خالقی‌دهنوی، فرزانه و صفاریان، ۱۳۹۳)

جامعه ایران در حال حاضر با بحران کمبود جمعیت روبرو است. یافتن دلایل علمی این امر می‌تواند به تصمیم‌گیران در سطح کلان و همچنین عامه مردم کمک نماید. همچنین براساس نتایج بدست آمده از برخی مطالعات درباره ی باورهای فراشناختی مشخص شد که این مولفه در عملکرد جنسی افراد و بلاخص زوجین نقش دارد با توجه به اینکه باورهای منفی فراشناخت می‌تواند بر عملکرد افراد در زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد همانطور که در بخش پیشینه و بیان مسئله پژوهش ذکر شد و با توجه به اینکه عملکرد زناشویی از مهمترین عوامل تأثیر گذار در زندگی زناشویی است و همچنین با توجه به اینکه عملکرد کم فعالی جنسی از شایع‌ترین مشکلات مردان است اما بسیار بسیار کم در حوزه سلامت جنسی روانی به آن پرداخته شده است، این خلع تحقیقاتی در عملکرد زناشویی مردان متأهل و رسیدن به رضایت و میل دوسویه از سمت دو جنس و همچنین بررسی ارتباط آن می‌تواند بر بهبود عملکرد زناشویی مردان تأثیر داشته باشد، لذا هدف این تحقیق بررسی ارتباط باورهای فراشناخت و عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود در مردان متأهل کم فعال جنسی بود.

۲- روش شناسی: (نوع تحلیل، روش گردآوری مطالب، جامعه آماری، مدل نمونه‌گیری، روش تحلیل یافته‌ها و...)

تحقیق حاضر به روش نیمه آزمایشی بوده است. جامعه آماری این پژوهش زوج‌هایی بودند که حداقل بیش از یکسال از ازدواج آنها گذشته بود و به مراکز درمانی و کلینیک‌های سکس تراپی و درمان مشکلات زناشویی در دو بیمارستان و دو کلینیک تحت بررسی پژوهشگر به واسطه ی مشکلات روابط زناشویی شان مراجع کرده بودند و نمونه آماری از بین این زوجین، مردان متأهلی در بازه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال بود. روش نمونه‌گیری بصورت هدفمند و در دسترس بود. با استفاده از ابزار پرسشنامه و پس از بررسی پرسشنامه‌ها و خارج کردن نمونه‌هایی که فاقد معیارهای مناسب برای این پژوهش باشند (در قسمت معیار ورود به پژوهش توضیح داده شده است)، افراد واجد شرایط انتخاب شدند. بنابراین حجم نمونه با توجه به جدول مورگان، ۱۱۰ نفر در نظر گرفته شد که این عدد با توجه به خروج افرادی است که معیارهای واجد شرایط تحقیق را نداشته و از تحقیق خارج شدند.

۳- بحث درباره یافته‌ها

برای پاسخگویی به فرضیه‌ها و آزمودن فرضیه‌ها، نتایج حاصل از تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفته است. در ابتدا ماتریس همبستگی بین باورهای فراشناختی با عملکرد زناشویی (و مولفه‌های آن) و وضوح تصور از خود در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

¹¹ Baumgartner

جدول شماره ۱. شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	نعوظ	انزال	رضایتمندی	عملکرد	وضوح تصور	باورهای
				زناشویی	از خود	فراشناختی
۱- نعوظ	۱					
۲- انزال	*۰/۸۵	۱				
۳- رضایتمندی	*۰/۸۳	*۰/۹۵	۱			
۴- نمره کل عملکرد زناشویی	*۰/۹۱	*۰/۹۸	*۰/۹۷	۱		
۵- وضوح تصور از خود	*۰/۷۶	*۰/۸۶	*۰/۹۳	*۰/۸۹	۱	
۶- باورهای فراشناختی	*۰/۶۱	*۰/۵۶	*۰/۵۲	*۰/۵۸	*۰/۴۷	۱

نتایج ماتریس همبستگی فوق، به تفکیک، در هر فرضیه اشاره خواهد شد. در ادامه به بررسی هر یک از فرضیه های مورد بررسی پرداخته خواهد شد.

فرضیه اصلی: بین باورهای فراشناختی با عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود در مردان متأهل کم فعال جنسی رابطه وجود دارد.

بر اساس جدول ماتریس همبستگی (جدول ۲)، بین باورهای فراشناختی با عملکرد زناشویی (۰/۵۸) و وضوح تصور از خود (۰/۴۷) رابطه مستقیم و مثبتی وجود دارد. به عبارتی دیگر با افزایش باورهای فراشناختی در مردان متأهل کم فعال جنسی میزان عملکرد زناشویی و وضوح مطلوب تصور از خود نیز افزایش می یابد.

در ادامه به بررسی آزمون نمرات کل هر یک متغیرها از طریق رگرسیون خطی چندگانه پرداخته می شود. در ابتدا به بررسی پیش فرض های این آزمون اشاره می شود:

جدول ۲. بررسی آزمون دوربین واتسون و هم خطی بودن داده ها

متغیرها	شاخص تحمل	VIF	دوربین - واتسون
نمره کل عملکرد زناشویی	۰/۱۹۴	۵/۱۵۰	۲/۳۶۳
وضوح تصور از خود	۰/۱۹۴	۵/۱۵۰	

بر اساس جدول شماره ۲ میزان دوربین - واتسون با ۲/۳۶۳ بود. همچنین میزان شاخص تحمل در متغیرهای عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود برابر با ۰/۱۹۴ بود؛ و همینطور میزان VIF در متغیرهای عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود برابر با ۵/۱۵۰ بود. بنابراین پیش فرض های انجام رگرسیون تا حدود زیادی رعایت شده و پذیرفته می شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مربوط به تحلیل رگرسیون متغیرهای عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود

منبع	مجموع	درجه	میانگین	مقدار F	سطح	ضریب
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	تعیین
رگرسیون	۸۶۱۴/۵۰۴	۲	۴۳۰۷/۲۵۲	۲۹/۷۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸
باقی مانده	۱۵۴۷۱/۱۶۸	۱۰۸	۱۴۴/۵۹۰			
کل	۲۴۰۸۵/۶۷۳	۱۱۰				

بر اساس جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک رابطه و پیش‌بینی کنندگی معناداری ($F=29/789$ و $p<0/001$) وجود دارد و ترکیب متغیرهای عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود، ۳۵ درصد از واریانس متغیر باورهای فراشناختی را پیش‌بینی می‌کنند. برای بررسی میزان و نقش پیش‌بینی‌کنندگی هر یک از متغیرها، نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون همزمان در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون مربوط به رگرسیون باورهای فراشناختی با عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود

منبع	مقدار B	خطای استاندارد	مقدار بتا	میزان t	سطح معناداری
عملکرد زناشویی	۰/۶۱۵	۰/۳۴۰	۰/۸۳۶	۴/۷۵۲	۰/۰۰۱
وضوح تصور از خود	۱/۴۳۲	۰/۹۰۳	۰/۲۷۹	۱/۵۸۵	۰/۰۴۳

با توجه به نتایج جدول ۴، هر دو متغیر عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود، متغیر باورهای فراشناختی را به طور معناداری ($p<0/05$) پیش‌بینی می‌کند. با توجه به ضرایب بتا و سطح معناداری می‌توان گفت که این ارتباط مستقیم و معنادار است.

فرضیه‌های جزئی:

- فرضیه دوم: بین باورهای فراشناختی با نعوذ مردان متأهل کم فعال جنسی رابطه وجود دارد.
- فرضیه سوم: بین باورهای فراشناختی با انزال مردان متأهل کم فعال جنسی رابطه وجود دارد.
- فرضیه چهارم: بین باورهای فراشناختی با رضایتمندی مردان متأهل کم فعال جنسی رابطه وجود دارد.

بر اساس جدول ماتریس همبستگی (جدول ۵)، بین باورهای فراشناخت با مولفه‌های نعوذ ($r=0/61$)، انزال ($r=0/56$) و رضایتمندی ($r=0/52$) رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر با افزایش باورهای فراشناختی در مردان متأهل کم فعال جنسی میزان کیفیت نعوذ، انزال و رضایتمندی جنسی نیز افزایش می‌یابد.

در ادامه به بررسی آزمون نمرات کل هر یک متغیرها از طریق رگرسیون خطی چندگانه پرداخته می‌شود. در ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون اشاره می‌شود:

جدول ۵. بررسی آزمون دوربین واتسون و هم خطی بودن داده‌ها

متغیرها	شاخص تحمل	VIF	دوربین - واتسون
نعوذ	۰/۲۶۸	۳/۷۲۹	۲/۴۵۱
انزال	۰/۰۸۵	۱۱/۸۱۴	
رضایتمندی	۱/۰۹۰	۱۱/۰۸۰	

بر اساس جدول ۵ میزان دوربین - واتسون با ۲/۴۵۱ بود. همچنین و میزان شاخص تحمل در مولفه‌های نعوذ برابر با ۰/۲۶۸، انزال، ۰/۰۸۵ و رضایتمندی ۰/۰۹۰ بود؛ همینطور میزان VIF در تحمل در مولفه‌های نعوذ برابر با ۳/۷۲۹، انزال، ۱۱/۸۱۴ و رضایتمندی ۱۱/۰۸۰ بود؛ بنابراین پیش‌فرض‌های انجام رگرسیون تا حدود زیادی رعایت شده و پذیرفته می‌شود.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس مربوط به تحلیل رگرسیون مولفه‌های نعوذ، انزال و رضایتمندی

منبع	مجموع	درجه	میانگین	مقدار F	سطح	ضریب
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	تعیین
رگرسیون	۹۵۰۶/۵۸۷	۳	۳۱۶۸/۸۶۲	۲۳/۰۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵
باقی‌مانده	۱۴۵۷۹/۰۸۵	۱۰۷	۱۳۷/۵۳۹			
کل	۲۴۰۸۵/۶۷۳	۱۱۰				

بر اساس جدول ۶، نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین حداقل یکی از متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک رابطه و پیش‌بینی کنندگی معناداری ($F=23/040$ و $p<0/001$) وجود دارد و ترکیب مولفه‌های نعوظ، انزال و رضایتمندی، ۳۹ درصد از واریانس متغیر باورهای فراشناختی را پیش‌بینی می‌کنند. برای بررسی میزان و نقش پیش‌بینی‌کنندگی هر یک از متغیرها، نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون همزمان در جدول ۹-۴ آورده شده است.

جدول ۷. ضرایب رگرسیون مربوط به رگرسیون باورهای فراشناختی با مولفه‌های نعوظ، انزال و رضایتمندی

منبع	مقدار B	خطای استاندارد	مقدار بتا	میزان t	سطح معناداری
نعوظ	۳/۸۷۵	۱/۱۱۰	۰/۵۱۰	۳/۴۹۲	۰/۰۰۱
انزال	۲/۱۰۸	۱/۲۳۸	۰/۴۴۲	۱/۷۰۳	۰/۰۹۲
رضایتمندی	-۱/۶۵۰	۱/۲۸۶	-۰/۳۲۳	-۱/۲۸۳	۰/۲۰۲

با توجه به نتایج جدول ۷، تنها مولفه نعوظ، متغیر باورهای فراشناختی را به طور معناداری ($p<0/05$) پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به ضرایب بتا و سطح معناداری می‌توان گفت که این ارتباط مستقیم و معنادار است. فرضیه پنجم: بین باورهای فراشناختی با وضوح تصور از خود در مردان متأهل کم فعال جنسی رابطه وجود دارد. بر اساس جدول ماتریس همبستگی (جدول ۸)، بین باورهای فراشناخت با متغیر وضوح تصور از خود ($r=0/47$) رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر با افزایش باورهای فراشناختی در مردان متأهل کم فعال جنسی میزان وضوح تصور از خود نیز افزایش می‌یابد. در ادامه به بررسی آزمون نمرات کل هر یک متغیرها از طریق رگرسیون خطی چندگانه پرداخته می‌شود. در ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون اشاره می‌شود:

جدول ۸. بررسی آزمون دوربین واتسون و هم خطی بودن داده‌ها

متغیرها	شاخص تحمل	VIF	دوربین - واتسون
وضوح تصور از خود	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۲/۲۲۳

بر اساس جدول ۸ میزان دوربین - واتسون با ۲/۲۲۳ بود. همچنین میزان شاخص تحمل و میزان VIF متغیر وضوح تصور از خود برابر با ۱/۰۰۰ بود؛ بنابراین پیش‌فرض‌های انجام رگرسیون تا حدود زیادی رعایت شده و پذیرفته می‌شود.

جدول ۹. نتایج تحلیل واریانس مربوط به تحلیل رگرسیون متغیر وضوح تصور از خود

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب تعیین
رگرسیون	۵۳۴۹/۸۲۴	۱	۵۳۴۹/۸۲۴	۳۰/۸۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲
باقی‌مانده	۱۸۷۳۵/۸۴۸	۱۰۹	۱۷۳/۴۸۰			
کل	۲۴۰۸۵/۶۷۳	۱۱۰				

بر اساس جدول ۹، نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین حداقل یکی از متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک رابطه و پیش‌بینی کنندگی معناداری ($F=30/838$ و $p<0/001$) وجود دارد و متغیر وضوح تصور از خود، ۲۲ درصد از واریانس متغیر باورهای فراشناختی را پیش‌بینی می‌کنند. برای بررسی میزان و نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیر وضوح تصور از خود، نتایج مربوط به ضرایب رگرسیون همزمان در جدول ۹-۴ آورده شده است.

جدول ۱۰ ضرایب رگرسیون مربوط به رگرسیون باورهای فراشناختی با متغیر وضوح تصور از خود

منبع	مقدار B	خطای استاندارد	مقدار بتا	میزان t	سطح معناداری
وضوح تصور از خود	۲/۴۲۱	۰/۴۳۶	۰/۴۷۱	۵/۵۵۳	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۱۰ متغیر وضوح تصور از خود متغیر باورهای فراشناختی را به طور معناداری ($P < ۰/۰۵$) پیش بینی می کنند. با توجه به ضرایب بتا و سطح معناداری می توان گفت که این ارتباط مستقیم و معنادار است.

۴- نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان داد که بین باورهای فراشناخت با عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود رابطه مستقیم وجود دارد. از طرفی نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که هر دو متغیر عملکرد زناشویی و وضوح تصور از خود، متغیر باورهای فراشناختی را به طور معناداری پیش بینی می کند. صمدی فرد و همکاران (۱۴۰۰) با هدف تعیین نقش باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش بینی سلامت جنسی زنان متأهل انجام شد، نتایج پژوهش نشان داد که بین باور فراشناختی با سلامت جنسی در زنان متأهل رابطه آماری منفی وجود دارد. بر طبق نتایج پژوهش زنان متأهل دارای باور فراشناختی بالا از سلامت جنسی پایینی برخوردار بودند. رابطه معنادار باورهای فراشناخت با عملکرد جنسی و وضوح تصور از خود با تحقیق بروتو و جانسون (۲۰۱۶)، با این نتیجه که افکار خودآیندی که بر محرک های جنسی متمرکز می شوند با احساسات و عملکرد جنسی خوشایندتری رابطه دارند تا تمرکز بر پیش بینی وترس از عدم موفقیت در رابطه جنسی نیز همسو است. ارتباط معنادار و مستقیم فرضیه اول این پژوهش با مطالعات گیوری و کاسلی (۲۰۱۷)، با این نتیجه گیری که تأثیر منفی مستقیم الگوهای فکری بر عملکرد جنسی، به عملکرد کلی جنسی آسیب می رساند همسو است و همچنین با نتایج تحقیق گونت و همکارانش (۲۰۱۳) و رمضانی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین نتایج گفته شده می توان گفت که تمایلات جنسی همواره و همیشه مرکزی برای توجه، علاقه مندی و کنجکاوی های گونه بشر بوده است و تأثیر باورنکردنی و غیرقابل انکار را بر کیفیت و رضایت از زندگی شخص و شریک و پارتنر جنسی او به خصوص در زوجین دارد. در واقع روابط جنسی درست به عنوان زمینه ای از پیش تعیین شده برای تقویت و رشد عواطف و احساسات و هیجانات میان زوجین عمل میکند و می تواند سبب تحکیم پیوندهای خانوادگی شود و از ایجاد و تشدید اختلالات روانی بنیان خانواده و متعاقب آن جامعه جلوگیری میکند. با توجه به برخی مطالعات بررسی ها مشکلات نعوظی در ۲۳ درصد مردان که به کلینیک های درمان مشکلات جنسی مراجعه کرده بودند را گزارش نموده اند و ۴۰ درصد از مراجعه کنندگان را دارای مسائلی ظاهرا کم اهمیت تر از لحاظ جنسی مانند ناتوانی در آرام سازی خود در هنگام فعالیت جنسی و عدم توانایی در انجام پیش نوازش قبل از انجام نزدیکی گزارش نموده اند (اسپنس، ۲۰۱۳). فعالیت جنسی می تواند بر عملکرد زناشویی تأثیر بگذارد. همچنین مفهوم "خود" یکی از موارد و عوامل درون فردی بسیار مهمی است که با بهزیستی روانشناختی و سلامت روانی ارتباط بالا و همچنین در فعالیت جنسی می تواند در مرتبط باشد و مشخصا می تواند نقش پررنگی در تغییرات سطح سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی ایجاد نماید. (روگرز^{۱۲} ۲۰۱۳). همچنین امروزه، تأثیر مثبت باورهای فراشناختی در روند شکل گیری و اصلاح مشکلات جنسی مورد تأیید قرار گرفته است و با گسترش روزافزون حوزه های روانشناسی سلامت، روانشناسان نقش فعال تری را در فرایند درمانگری این اختلال ها به عهده گرفته اند. فراشناخت اغلب به عنوان "تفکر در مورد تفکر" نامیده می شود اما این فقط یک تعریف کوتاه است، فراشناخت یک سیستم نظارتی است که به درک و کنترل عملکرد شناختی فرد کمک می کند. باورهای فراشناخت اجازه می دهد تا فرد مسئول یادگیری خود باشد که این شامل آگاهی در مورد چگونگی یادگیری، ارزیابی از نیازهای یادگیری خود و تولید استراتژی برای پاسخگویی به این نیازها و سپس اجرای استراتژی می باشد (مدینا و کستلیبری و پرسکی^{۱۳} ۲۰۱۷).

پیشنهادات

پیشنهاد می شود با توجه به اینکه زمینه ی باورهای شناختی می تواند از زمان کودکی آغاز شود، کارگاه های آموزشی جهت آگاهی دادن و اطلاع رسانی به خانواده ها در مورد اهمیت حساس بودن دوران کودکی و سالهای اولیه ی زندگی و تأثیر آن بر روی زندگی زناشویی در آینده تشکیل شود.

¹² Rogers

¹³ Medina & Castleberry & Persky

پیشنهاد می شود، که آموزش مسائل جنسی به افرادی که درصدد ازدواج هستند به عنوان یک برنامه قطعی در نظر گرفته شود. بدیهی است برای پرداختن به این آموزش ها همکاری مسئولان در سطوح رسانه ای و دانشگاهی ضروری است.

منابع

- اکبری، تقی؛ مهرآور گیگلو، شهرام (۱۴۰۰). رابطه امید، رضایت از زندگی و عزت نفس و سلامت روان با نقش واسطه‌ای شناخت، فراشناخت و انگیزه پیشرفت در دانش آموزان. *روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۰(۴)، ۶-۲۰.
- رضیان، آبادی، ف. آ. ح.، & اشرفی. ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس وضوح تصور از خود. ۱۳۹۸
- صمدی فرد، نریمانی، محمد، آقاجانی، سیفاله، بشرپور، & سجادی. (۱۴۰۰). سلامت جنسی در بین زنان متأهل و نقش باور فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی آن. *فصلنامه علمی پژوهشی شناخت*، ۸(۲)، ۶۱-۷۳.
- عاشوری، جمال، خالقی‌دهنوی، فرزانه، & صفاریان. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان. *زن و مطالعات خانواده*، ۲۴(۶)، ۵۳-۶۶.
- قاسمی، ص.، & صالح. (۱۳۹۷). بازخوانی تأثیر متقابل کاهش نرخ فرزندآوری (TFR) بر افزایش نرخ طلاق در ایران. *مطالعات اسلامی آسیب های اجتماعی*، ۱۱(۱)، ۷۹-۱۱۰.
- شعیری، محمدرضا، روشن، رسول، اصغری مقدم، محمدعلی، نائینیان، محمدرضا (۱۳۸۶). انسان و سلامت جنسی: تشخیص و درمان اختلالات جنسی از نظر روانشناختی. تهران: نشر البرز.
- دژکام، محمود (۱۳۸۰). روانشناسی اختلال‌های جنسی. انتشارات دژ.
- مردانی، سارا، مهرابی، حامد (۱۳۹۶). پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی در زنان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی سال هجدهم*، شماره ۲، صص ۶۵-۶۷.
- ولز، الف (۲۰۰۹). *فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی*. ترجمه: شهرام محمدخانی، (۱۳۹۲) مهدی، اکبری. ابوالفضل، محمدی.

- Alina, Z., Levine, R., Kristy D., & Mark, Z. (2020). *Nonsuicidal Self-Injury and Suicide: Differences between Those with and Without Borderline Personality Disorder*. *Journal of Personality Disorders: Vol. 34, No. 1, pp. 131-144*.
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Wylie, K. (2016). *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. *The journal of sexual medicine*, 13(4), 538-571.
- Chew, P. Y., Choy, C. L., bin Sidi, H., Abdullah, N., Roos, N. A. C., Sahimi, H. M. S., . . . Ravindran, A. (2021). *The association between female sexual dysfunction and sexual dysfunction in the male partner: A systematic review and meta-analysis*. *The journal of sexual medicine*, 18(1), 99-112
- Cappelleri, J. C., Siegel, R. L., Osterloh, I. H., & Rosen, R. C. (2000). *Relationship between patient self-assessment of erectile function and the erectile function domain of the international index of erectile function*. *Urology*, 56(3), 477-481
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalley, L. F., & Lehman, D. R. (1996). *Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries*. *Journal of personality and social psychology*, 70(1), 141.
- Cipriano, A., Cella, S. & Cotrufo, P. (2017). *Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review*. *Front Psychol.* 8(8), 1946-1951.
- Engeström, Y. (2015). *Learning by expanding: Cambridge University Press*.