

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال چهارم، شماره اول، پیاپی (۶)، بهار و تابستان ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۱۱

صص: ۱-۱۲

نظریه پردازی و کشف الگوی فرایند مقابله با اختلالات جنسی آسیب‌زای منجر به اختلافات زناشویی

مصطفی علیخانی^{۱*}، حسین اسکندری^۲

۱- کارشناس ارشد روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

mosalikhani@gmail.com

۲- استادیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

sknd40@gmail.com

چکیده

هدف از مطالعه حاضر تبیین فرایند مقابله با اختلالات جنسی منجر به اختلافات زناشویی و نظریه‌پردازی بر آن است. فرایند مقابله با اختلالات جنسی بر روی ۱۲ نفر از افراد که اختلافات زناشویی داشتند، با روش پژوهشی گراند تئوری مطالعه شد. تمرکز مطالعه حاضر از زمان شروع علائم تا زمان تصمیم‌گیری برای درمان اختلالات جنسی است. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری و به‌طور همزمان از طریق مقایسه مداوم تحلیل شد. در این مطالعه مهارت‌های حل مسأله به‌عنوان متغیر اصلی در فرایند مقابله با اختلالات جنسی منجر به اختلافات خانوادگی نمایان شد. متغیر اصلی دارای دو سطح "فردی - زوجی" و "تعاملی" و پنج طبقه (مرحله) اصلی به نام‌های: آگاهی یافتن از علائم اختلال جنسی، ارزیابی شخصی، خود اقامی، احساس تهدید و مشاوره با دیگران بود که در نهایت به رفتار جستجوی کمک، راهنمایی و درمان منجر شد. تصمیم‌گیری اولیه افراد برای کاهش علائم باعث اقداماتی نظیر خود درمانی می‌شد که مدت زمان این فرایند را به تأخیر می‌انداخت. سن، جنس، سطح تحصیلات، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و آگاهی قبلی از این اختلالات بر زمان تصمیم‌گیری افراد تأثیر داشته‌اند. افراد دارای اختلالات جنسی برای شروع درمان مؤثر با تأخیر تصمیم‌گیری می‌نمایند و این امر می‌تواند باعث فروپاشی خانواده گردد. زوجین نیازمند آموزش‌های قبل از ازدواج در قالب جلسات مشاوره هستند تا اگر در خلال زندگی مشترک دچار این اختلالات شوند، نسبت به مرتفع نمودن و درمان آن، سریع‌تر اقدام کنند.

واژه‌های کلیدی: اختلالات جنسی، اختلافات زناشویی، فرایند مقابله، گراند تئوری.

مقدمه

می‌کند و شامل کمبود تمایل جنسی، تنفر جنسی، اختلال در تحریک جنسی و اورگاسم، دیسپارونیا و واژینیسم است» (باسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). اختلال جنسی در مردان مبتنی بر ناتوانی در رسیدن به رابطه جنسی رضایت‌بخش و شامل اختلال نعوظ، انزال زودرس، انزال به تأخیر افتاده و انزال رو به عقب است، و در زنان نیز مبتنی بر ناتوانی در رسیدن به رابطه جنسی رضایت‌بخش و شامل اختلال میل جنسی، تحریک جنسی، اورگاسم و آمیزش دردناک است (نیکوبخت، ۱۳۸۲).

آنچه در بالا آمده، همگی حاکی از این است که وجود رابطه متقابل بین اختلالات جنسی و اختلافات زناشویی از نقش اختلالات مذکور در فروپاشی خانواده‌ها حکایت دارد. فروتن و جدید میلانی (۱۳۸۷) در پژوهشی میزان نارضایتی از زندگی جنسی مردان و زنان نسبت به همسرانشان را به ترتیب ۶۶/۷ و ۶۸/۴ درصد به‌دست آورده‌اند. از طرفی، به‌علت فرهنگ حاکم بر جامعه، گفتگو درباره مسائل جنسی برای زوجین مشکل است (آندریوز^۴، ۲۰۰۱).

پژوهشگر ضمن مد نظر قرار دادن همه حقایق ذکر شده، در پی این است که با وجود همه اختلالات جنسی و میزان بالای فروپاشی‌های خانوادگی منبعث از آن، علت تداوم همچنان زندگی مشترک زوج‌های دارای اختلال جنسی را بررسی نماید. لذا سؤال این است که فرایند مقابله با اختلافات زناشویی ناشی از اختلالات جنسی چگونه است؟ چون پاسخ سؤال فوق نامشخص است، در این پژوهش در نظر است با بررسی و مطالعه بر روی زوج‌های دارای اختلال جنسی که

اساس خانواده که محور و هسته اصلی کلیه اجتماعات بشری است، بر غریزه جنسی مبتنی است. این غریزه خود نوعی کشش دلپذیر است که زن و مرد را به‌سوی ازدواج کشانیده، بقا و تداوم خانواده را تضمین می‌کند (صافی، ۲۰۰۲). آنجا که زن و مردی با هم پیوند زناشویی می‌بندند تا در کنار هم با عشق و عطوفت، بنیادی سالم را برای تربیت فرزندان سالم بنا نهند، جزئی از فطرت انسانی؛ یعنی غریزه جنسی به تکامل می‌رسد و بدون رفتن به بیراهه در قالبی مطمئن و ایمن مرتفع می‌شود تا مبنای آرامش گردد و راه انسان را در رسیدن به انسانیت خویش هموار سازد (جهانفر و مولایی‌نژاد، ۱۳۸۴). بنابراین، مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زندگی زناشویی قرار داشته، سازگاری در روابط جنسی از عوامل مؤثر در خوشبختی محسوب می‌شود (ستارزاده، ۱۳۷۳). در حقیقت، شواهد قابل توجهی برای توصیف ارتباط نزدیک بین فعالیت جنسی و رضایت زناشویی وجود دارد (اسپنس^۱، ۱۳۸۵).

این امر نشان دهنده وجود رابطه‌ای دو طرفه بین اختلافات زناشویی و اختلالات جنسی است. لذا می‌توان گفت افرادی که رضایت جنسی بیشتری دارند، در زندگی زناشویی نیز از رضایت بیشتری برخوردارند (فروتن و جدید میلانی، ۱۳۸۷).

بر اساس DSM-IV اختلال جنسی به مفهوم «اختلال در تمایل جنسی و تغییرات روانی اجتماعی است که بر روی چرخه پاسخ جنسی انسان اثر گذاشته، دیسترس^۲ و مشکلات بین فردی ایجاد

³ Basson & etal

⁴ Andrews

¹ Spence

² Distress

نکرده است. اغلب مطالعات به صورت کمی انجام شده و تنها به بخش‌های کوچکی از موضوع پرداخته و کیفیت درک چگونگی فرایند مقابله با اختلالات زناشویی ناشی از اختلالات جنسی را مطرح نکرده است و به نظر می‌رسد این مطالعه به پر کردن این شکاف و خلأ کمک خواهد کرد. همچنین، مرور مطالعات نشان می‌دهد که در مقایسه با عوامل تأثیرگذار، فرایند مقابله با این نوع اختلالات کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

از آنجایی که گراند تئوری یک رویکرد فرایند مداری^۳ است تا یک رویکرد محصول مدار؛ در پی پیدا کردن تغییری است که در طی زمان حاصل شده و اجازه می‌دهد تا شرکت‌کنندگان در مطالعه به بیان داستان به همان شکلی که دیده‌اند، بپردازند (شلدون^۴، ۱۹۹۸). به علاوه، زمانی که در مورد پدیده‌ای، هیچ دانشی نداریم و یا دانش مربوط به آن پدیدار و فرایند آن کم است؛ روش گراند تئوری، روش مناسبی است (کات کلیف^۵، ۲۰۰۰).

انتخاب روش پژوهش گراند تئوری برای این مطالعه نیز بر اساس سنخیت سؤال پژوهش، احساس دریافت جامع‌ترین پاسخ، قابلیت اجرا و سهولت با این روش بوده است. لذا پژوهشگر مناسب دید که در قالب گراند تئوری، به بررسی فرایند مقابله با اختلالات زناشویی ناشی از اختلالات جنسی بپردازد و سپس با استفاده از متغیرها، درونمایه‌ها^۶ و مفاهیم استخراج شده از داده‌ها به طراحی نظریه حد وسط^۷ درخصوص چگونگی این فرایند بپردازد.

همچنان به زندگی خود به نحو قابل قبول ادامه می‌دهند، فرایند مقابله با اختلالات زناشویی ناشی از اختلالات جنسی در قالب یک نظریه تبیین شود. منظور از مقابله کردن، تلاش‌هایی است که برای کنترل و اداره کردن موقعیت‌هایی که به نظر خطرناک و تنش‌زا می‌رسند، به عمل می‌آید (محمدخانی، ۱۳۸۳).

با توجه به این که انتخاب روش پژوهش به پدیده مورد نظر و سؤال پژوهش بستگی دارد (ادیب حاج باقری، ۱۳۸۵) و از طرف دیگر، تنظیم یک یا چند پرسشنامه در قالب سؤال‌های بسته نیز نخواهد توانست پاسخگوی چگونگی فرایند مقابله با این اختلالات باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد که پژوهش کیفی^۱ روش مناسبی برای مطالعه در این زمینه است، زیرا پژوهش‌های کیفی، نقش مؤثرتری در روشن‌سازی حیطه‌های ابهام‌آمیز و ناشناخته دارند. رسالت پژوهش کیفی درک عمیق چرایی و چگونگی پدیده‌ها (ادیب حاج باقری، ۱۳۸۵) و هدف اولیه از کاربرد این رویکرد، پی بردن به معانی عمیق و درونی واقعیت از دیدگاه خود افراد است (صلصالی و همکاران، ۱۳۸۶).

از این‌رو، محقق بر آن شد تا با استفاده از رویکرد گراند تئوری^۲ به تبیین فرایند چگونگی مقابله با اختلالات زناشویی ناشی از اختلالات جنسی و نظریه پردازی بر آن بپردازد.

مرور مطالعات و پژوهش‌های موجود، بیانگر این نکته است که نظریه‌ای منسجم در این زمینه وجود ندارد و هیچ یک از مقالات و گزارش‌های موجود نیز سؤال پژوهش را بدین شکل مطرح

^۳ process-oriented approach

^۴ Sheldon

^۵ Cutcliffe

^۶ themes

^۷ mid-range theory

^۱ qualitative research

^۲ Grounded Theory

روش پژوهش

با رعایت تنوع سن، تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی از میان زوج‌های مراجعه کننده به کلینیک‌های روانی و مطب پزشکان انتخاب شدند.

داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته و با تعیین وقت قبلی، رعایت خلوت، تاکید بر محرمانه بودن اطلاعات فردی و مصاحبه‌های ضبط شده جمع‌آوری شد. مدت زمان هر مصاحبه ۴۰ تا ۷۵ دقیقه بود و در کل ۷۲۱ دقیقه مصاحبه انجام و تحلیل شد. مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده و سپس تایپ شد. در مطالعه حاضر، متن مصاحبه‌ها برای تأیید جملات در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت که نتیجه این کار اصلاح برخی از جملات از طرف شرکت‌کنندگان بود. در مواردی هم که شرکت‌کنندگان نظر تکمیلی داشتند، به متن مصاحبه اضافه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم^۶ [سه مرحله‌ای] اشتراوس و کوربین استفاده شد (استرابرت^۷ و کارپنتر^۸، ۲۰۰۳). در این روش جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان و سؤال‌ها و شرکت‌کنندگان جدید بر اساس مقایسه مستمر داده‌ها، انتخاب می‌شوند. متن هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. کدگذاری داده‌ها طی سه مرحله کدگذاری باز^۹، کدگذاری محوری^{۱۰} و کدگذاری انتخابی^{۱۱} صورت گرفت. در مرحله کدگذاری باز، متن هر مصاحبه چندین بار مرور و جملات اصلی آن استخراج و به صورت کدهایی بر اساس کلمات

هدف این مطالعه، تبیین فرایند مقابله با اختلافات زناشویی ناشی از اختلالات جنسی و نظریه‌پردازی در مورد آن است. این مطالعه به روش کیفی و رویکرد گراند تئوری انجام گرفت. گراند تئوری یکی از روش‌های پژوهش است که برای مطالعه درباره پدیده‌هایی که به خوبی شناخته یا تبیین نشده‌اند و یا برای کسب نگرش تازه‌ای به پدیده‌ای آشنا مناسب است (مورس^۱ و فیلد^۲، ۱۹۹۵). اساس نظریه زمینه‌ای، همزمانی گردآوری و مقایسه مداوم داده‌ها و تشکیل مفاهیم است. محقق در نظریه زمینه‌ای کار خود را با فرضیه‌های از پیش تعیین شده شروع نمی‌کند بلکه با ظهور مفاهیم است که سؤال‌های پژوهش و شیوه کار تعدیل می‌شود (گلیرز^۳، ۱۹۹۸).

این مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند شروع شد و براساس نمونه‌گیری نظری تا اشباع^۴ (تکرارپذیری) داده‌ها ادامه یافت. اشتراوس و کوربین^۵ مدعی هستند که هنگام به کار بستن اصول نظریه زمینه‌ای برای تعیین مقوله‌ها، پژوهشگر باید تا سرحد اشباع نظری اطلاعات جمع‌آوری کند. اشباع نظری هنگامی صورت می‌پذیرد که در رابطه با مقوله‌های مورد مطالعه، هیچ داده جدید و مرتبطی در حال ظهور نباشد یا تدوین هیچ مقوله دیگری برای توضیح پدیده مورد علاقه ضروری به نظر نرسد و چنین جلوه کند که رابطه بین مقوله‌ها بخوبی تثبیت شده باشد (گال و همکاران، ۱۹۴۲؛ ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۳). شرکت‌کنندگان ۱۲ نفر بودند که

^۶ Constant Comparative Analysis

^۷ Streubert

^۸ Carpenter

^۹ Open Coding

^{۱۰} Axial Coding

^{۱۱} Selective Coding

^۱ Morse

^۲ Field

^۳ Glaser

^۴ Saturation

^۵ Strauss & Corbin

داده‌ها و کدها به دیگر پژوهشگران که ارتباطی با پژوهش نداشتند، داده شد که حاصل این کار نیز درک مشابه ایشان از داده‌ها و نتایج بود. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است:

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

فرد تصمیم‌گیرنده برای درمان:	
جنس: مرد: ۷ نفر، زن: ۵ نفر	مرد: ۳ نفر، زن: ۱ نفر، زن و مرد
به اتفاق هم: ۴ زوج	
میانگین سن افراد: ۳۵ سال	میانگین زمان تصمیم‌گیری
(۲۷-۴۳ سال)	از آغاز علائم: ۱۵ ماه
تحصیلات:	خود درمانی قبل از جستجوی
بیسواد تا لیسانس	کمک: ۱۲ نفر

نتایج

آگاهی از وجود مشکل

در این مرحله شرکت‌کنندگان از وجود سردی در روابط زناشویی و همچنین، از وجود علائم اختلال جنسی آگاه می‌شوند. این علائم بیشتر شامل کم‌شدن همدلی نسبت به گذشته در خصوص مسائل جاری خانوادگی و همبستر شدن، وجود شکاف در سلیقه‌ها و عدم هماهنگی در تصمیم‌گیری می‌شود. همچنین، عدم نعوظ یا نعوظ ناکافی برای نزدیکی، نبود تحریک و تشویش افکار و سرد بودن نسبت به مسائل جنسی، از جمله علائمی بودند که شرکت‌کنندگان تجربه کرده بودند. این علائم دارای ویژگی‌هایی مثل شدت، مدت زمان، تکرار، عوامل تشدیدکننده و تخفیف دهنده علائم بودند که هر کدام دارای ابعادی نیز هستند.

بعضی از شرکت‌کنندگان یک یا چند علامت را تجربه کرده بودند. بیانات زیر نشان‌دهنده تجارب برخی شرکت‌کنندگان در رابطه با طبقه "آگاهی

خود شرکت‌کنندگان (کدهای زنده) و یا کلمات مفهومی پژوهشگر (کدهای دلالت‌کننده) ایجاد شد. سپس کدهایی که به لحاظ مفهومی مشابه بودند، در کنار یکدیگر قرار گرفتند. طبقات اولیه‌ای که در جریان مرحله کدگذاری باز پدیدار شده بودند، در مرحله کدگذاری محوری، از جهت نقاط تشابه و تفاوت با یکدیگر مقایسه شدند و طبقاتی که دارای نقاط اشتراک بودند، ادغام و حول محور مشترکی قرار گرفتند. سپس در کدگذاری انتخابی که مرحله فرایند ادغام و نهایی و تصحیح طبقات است، پژوهشگر با تمرکز بیشتر بر روی طبقات پدیدار گشته، مصاحبه‌ها، یادآورها و متون مرتبط، به کشف ارتباط بین طبقات و زیر طبقات بررسی شده اقدام کرد. پژوهشگر ضمن تمرکز بر فرایندی که در داده‌ها نهفته بود، توجه خود را بر این امر معطوف نمود که کدام مقوله یا متغیر است که بیش از همه در داده‌ها تکرار شده و قادر است ضمن توجیه فرایند روانی اجتماعی اساسی^۱، سایر متغیرها را به یکدیگر ارتباط دهد.

تحلیل نهایی از یافته‌ها به آشکار شدن متغیر مرکزی به‌عنوان فرایند اساسی روانی اجتماعی مهارت‌های حل مسأله منجر شد. در طول مطالعه روش‌هایی برای اطمینان از جهت پایایی پژوهش و نیز از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده استفاده شد. کدهایی که از نظر شرکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح می‌شد. راهبرد نمونه‌گیری مورد استفاده که به انتخاب طیف متنوعی از لحاظ سن، سطح سواد و پایگاه اجتماعی اقتصادی منجر گردید، موجبات افزایش بیشتر اعتبار داده‌ها و نتایج را فراهم نمود.

^۱ Basic Social Psychological Process (BSPP)

ولی با گذشت زمان و تداوم آن، علائم را به‌عنوان یک نشانه از وجود مشکلی جدی ارزیابی نمودند، اما به‌دلیل انجام دادن اقداماتی که برای برطرف نمودن علائم انجام داده بودند، علائم را از بین رفته و گذرا تلقی کرده بودند و به‌همین دلیل وجود مشکل را منتفی می‌دانستند.

انکار یکی از شایع‌ترین پاسخ شرکت‌کنندگان به علائم اختلافات بوده است و علی‌رغم وجود آن‌ها، بسیاری از شرکت‌کنندگان وجود اختلافات زناشویی و اختلافات جنسی را انکار کرده یا نادیده می‌گرفتند. آن‌ها با بی‌توجهی از کنار نشانه‌های اختلال گذشته و از جستجوی کمک امتناع کرده بودند.

شرکت‌کنندگان پس از احساس این که علائم واقعاً جدی است، علت چنین اختلالاتی را به عوامل مختلف نسبت می‌دادند:

«خوب فکر کنم او بیرون از خانه با کسی دیگر رفیق شده است.» (ش ۱۰).

«شاید دیگر مرا دوست ندارد.» (ش ۱).

«احتمالاً علت نبودن نعوظ نشانه یک بیماری خطرناک است.» (ش ۷).

«احتمال دارد جن در من رسوخ کرده باشد.» (ش ۸).

«شاید یک نفر رمال می‌خواهد بین ما را خراب کند.» (ش ۵).

«با خود گفتم مدتی است که خوراک گوشت‌مان کم شده است.» (ش ۸).

چاره اندیشی و توافق در فهم موضوع (خوداقدامی) خود اقدامی مرحله‌ای است که شرکت‌کنندگان، پس از ارزیابی علائم، خود برای رفع آن‌ها اقدام کرده بودند.

یافتن از علائم اختلافات زناشویی و اختلالات جنسی^۱ است:

«در ابتدا، وقتی که قصد داشتم آمیزش کنم، نعوظ داشتم، ولی این حالت یک دفعه از بین رفت.» (ش ۳).

«هر کاری می‌کردم، تحریک نمی‌شدم.» (ش ۵).

«مدتی بود که من و همسرم حوصله همدیگر را نداشتیم. نمی‌توانستم مانند گذشته با همسرم ارتباط برقرار کنم.» (ش ۱۱).

«مدتی بود که در حالت عادی همدیگر را بغل نکرده بودیم.» (ش ۹).

«زود عصبانی می‌شدم.» (ش ۶).

ارزیابی شخصی

ارزیابی از علائم که در مرحله دوم است، به‌معنای تفسیر ذهنی شرکت‌کنندگان از علائم اختلافات زناشویی و اختلافات جنسی است. آن‌ها علائم را به‌شیوه‌های مختلف ارزیابی کرده و براساس ارزیابی خود، پاسخ و رفتارهای مختلفی نشان داده بودند. هرکدام در ارزیابی خود، ابتدا همسر و سپس خود را منشأ بروز مشکل می‌دانستند و این منبع بیرونی و درونی به صورت مداوم در حال تغییر بود. جملات زیر حکایت از این موضوع دارد:

«وقتی می‌دیدم همسرم برخلاف گذشته با من کاری ندارد، میل جنسی من هم از بین می‌رفت.» (ش ۲).

«فکر می‌کردم مشکل از من است، زیرا من مانند اوایل ازدوایمان با او معاشقه نمی‌کردم.» (ش ۱۱).

شرکت‌کنندگان در ابتدای بروز مشکلات، آن‌ها را جدی ندانسته، وجود مشکل را انکار می‌کردند،

^۱ ش به معنی شماره شرکت‌کننده در پژوهش است.

«با خودم گفتم؛ نکند زخم مرا رها کند.» (ش ۳).
 «باورم نمی‌شد که دیگر نباید سکس کنم.» (ش ۱۲).
 «بچه‌ها چه گناهی دارند؟ آخر آن‌ها قربانی این
 فلاکت می‌شوند.» (ش ۴).

درک عدم کنترل علائم پس از خوددرمانی باعث
 ایجاد ترس و استمداد کمک از دیگران و در نتیجه،
 تسریع در تصمیم‌گیری برای درمان‌های پزشکی و
 روان‌پزشکی شرکت‌کنندگان شده است. جملات
 زیر حکایت از این موضوع دارد:
 «دیدم هر کاری می‌کنم کارساز نیست و فایده‌ای
 ندارد.» (ش ۹).

«کم کم دعوایمان شروع می‌شود.» (ش ۴).
 «به آینه که نگاه می‌کنم، وحشت می‌کنم و به خودم
 می‌گویم: نکند واقعاً مردانگی‌ام را از دست داده‌ام؟»
 (ش ۳).

مشاوره با دیگران
 مرحله مشاوره با دیگران و درخواست کمک بر
 فرایند مقابله تأثیر داشته است. با توجه به این‌که
 صحبت کردن در مورد مسائل جنسی و کمک
 خواستن از دیگران درخصوص اختلالات جنسی در
 جامعه ما کاری دشوار است، هیچ‌کدام از زوجها
 بلافاصله پس از شروع علائم، از دیگران درخواست
 کمک نکردند. در میان شرکت‌کنندگان، زوج‌های با
 تحصیلات بالاتر نسبت به زوج‌های با تحصیلات
 پایین‌تر زودتر از مراجع ذی‌صلاح درخواست کمک
 کردند. این موضوع در مورد زوج‌های دارای پایگاه
 اقتصادی - اجتماعی بالاتر نیز صدق می‌کند.

زوج‌ها با طرح مشکل، از همدیگر تقاضای
 کمک کردند، اما با توجه به این‌که اقدامات خود
 درمانی به حل اختلافات و همچنین، اختلالات

دو نفر که دارای پایگاه اجتماعی - اقتصادی
 پایینی بودند، به یک رمال مراجعه کرده بودند. چهار
 نفر شروع به تغذیه مناسب کردند و خوراک گوشت
 و لبنیات خود را در روز به حداکثر رساندند. دو نفر
 از شرکت‌کنندگان نیز با مراجعه به پزشک عمومی و
 بدون مطرح نمودن مشکل خود، از وی خواستند که
 آزمایش کامل برای آن‌ها بنویسد و سپس به
 آزمایشگاه مراجعه کردند.

جملات زیر نشان دهنده چاره اندیشی و خود
 اقدامی شرکت‌کنندگان است:

«خوب، ما با توجه به اطلاعات قبلی که داشتیم و
 حرف‌هایی که در مورد رمالی شنیده بودیم، به یک
 رمال مراجعه کردیم. او به ما گفت که شیطان در
 وجودتان رسوخ کرده است. سپس برایمان طلسم
 نوشت.» (ش ۵).

«شوهرم اقدام به خرید گوشت و کله‌پاچه و لبنیات کرد
 تا قوای بدنی‌اش مانند گذشته شود.» (ش ۷).
 «ترسیدیم که بیماریمان جدی باشد. به‌همین علت،
 به پزشک مراجعه کردیم و از او خواستیم برایمان
 چک آپ بنویسد.» (ش ۱).

احساس تهدید
 مرحله احساس تهدید ممکن است در هنگام
 تشدید علائم و یا به دنبال عدم تأثیر تلاش‌های خود
 اقدامی باشد.

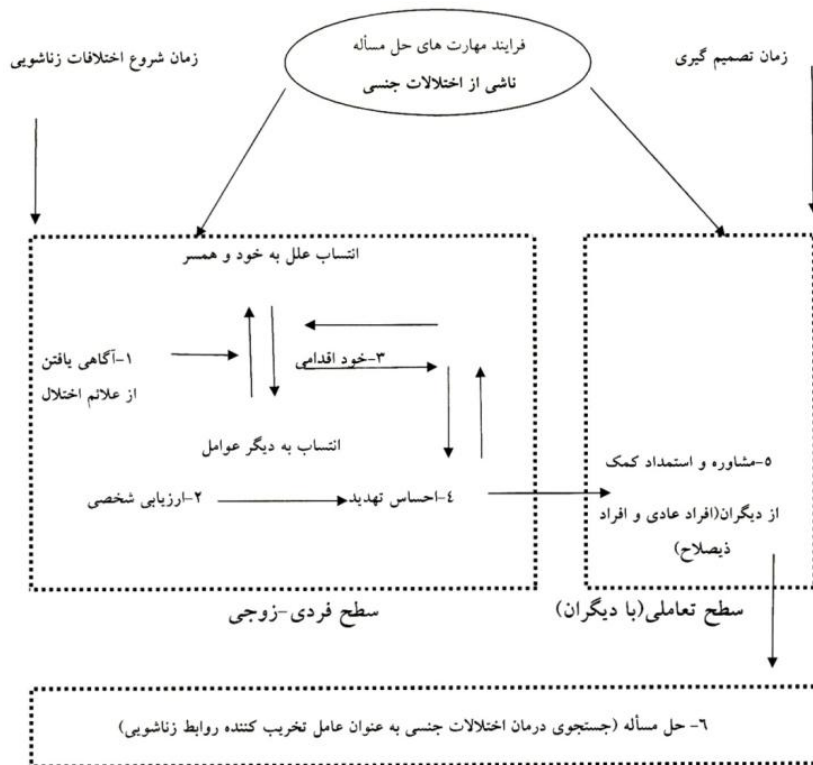
احساس تهدید به شدت نشانه‌های اختلال
 بستگی دارد. بعضی از شرکت‌کنندگان در ابتدای
 بروز علائم و مشکلات جنسی دچار اضطراب و
 ترس فراوان شدند.

گفته‌های زیر حاکی از احساس خطر جدی از
 طرف شرکت‌کنندگان و تأثیر آن بر جستجوی درمان
 است:

«در نهایت ناامیدی از درمان و احساس شرم از بیان مشکل جنسی خود، برای بار اول به تنهایی و برای بار دوم همراه با همسر خود به کلینیک مشاوره مراجعه کردم.» (ش ۱۲).
 «با دوستان نزدیکم درباره وضعیت خود صحبت کردم.» (ش ۴).
 «باید مشکل را به هر گونه‌ای برطرف می‌نمودم.» (ش ۹).

جنسی منجر نشد، تلاش نمودند تا برای حل مشکل خود از دیگران راهنمایی بگیرند.
 افرادی که از آن‌ها درخواست کمک و راهنمایی شد؛ شامل: گروه دوستان، پزشک‌های عمومی و متخصص، مشاوران و روان‌شناسان و در نهایت، صاحب‌نظران مسائل جنسی شاغل در کلینیک‌های روانی و خانواده درمانی بودند.
 جملات زیر بیانگر این اقدامات است:
 «دیدم که کار از کار گذشته است. پس دست به کار شدم و به زرم گفتم که باید به یک متخصص غدد مراجعه کنیم.» (ش ۹).

شکل ۱. فرایند مقابله با اختلالات جنسی منجر به اختلافات زناشویی



حل مسأله^۱ نامگذاری شده است که دارای دو بعد "فردی - زوجی" و "تعامل با دیگران" است. در این مطالعه اکثر شرکت‌کنندگان خود را در معرض خطر جدی احساس نمی‌کردند و در مراحل اولیه، علائم اختلافات و اختلالات را ناشی از همسر و یا عوامل غیرواقعی می‌دانستند. لذا به خاطر همین عدم احساس تهدید جدی، از تصمیم‌گیری برای جستجوی درمان غفلت کردند. غفلت، بی‌توجهی، انکار علائم و خوددرمانی شایع‌ترین پاسخ شرکت‌کنندگان در هنگام آگاهی از وجود علائم اختلالات جنسی بوده است. اگر چه انکار به‌عنوان شایع‌ترین مکانیسم دفاعی، ممکن است باعث کاهش ترس و اضطراب شرکت‌کنندگان در مراحل اولیه گردد، اما باعث تأخیر در جستجوی اقدامات نتیجه بخش می‌گردد. در حقیقت، احساس شرم و نوعی تفکر خاص نسبت به ایراد مسائل و اختلالات جنسی، سبب انکار و به دنبال آن خوددرمانی در شرکت‌کنندگان شده بود. به‌نظر می‌رسد که آگاهی از علائم و انجام خود ارزیابی توسط شرکت‌کنندگان، به تنهایی برای جستجوی درمان‌های پزشکی و روان‌شناسی کافی نیست، بلکه رفتار افراد دارای اختلالات جنسی بیشتر ماهیت روان‌شناختی و اجتماعی دارد.

ذکر این نکته ضروری است که، احساس تهدید و شدت آن، به میزان شدت اختلالات جنسی و به تبع آن اختلافات زناشویی بستگی دارد. اکثر شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر پس از انجام فعالیت‌های خوددرمانی و عدم پاسخ طولانی مدت

شکل (۱) یافته‌های حاصل از این مطالعه را به‌طور خلاصه نشان می‌دهد. کدها و اطلاعات به‌دست آمده براساس تحلیل مقایسه‌ای مداوم اظهارات شرکت‌کنندگان، شامل دو سطح کلی فردی زوجی و و تعاملی است. سطح فردی زوجی، خود شامل کدهای ۱ تا ۴ است که این کدها تنها در ارتباط با زوجین بوده و شامل رویدادها و تعاملات آن‌ها در خصوص اختلالات جنسی است. سطح تعاملی شامل مشاوره و استمداد کمک از دیگران است که زوجین پس از ناکامی در مراحل خود اقدامی و احساس تهدید به آن رهنمون شدند. حل مسأله نیز به‌عنوان فرایند اساسی روانی اجتماعی گراند تئوری در قالب جسجو و شروع درمان شناخته شده است.

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به درک فرایند مقابله با اختلافات زناشویی ناشی از اختلالات جنسی و تبیین واقعیت‌های موجود در تجارب زوجین کمک کند. هرچند در مطالعات کیفی، هدف تعمیم‌پذیری یافته‌ها نیست، اما در مطالعه حاضر جمع‌آوری اطلاعات تا زمان اشباع داده‌ها و عدم استخراج داده‌های جدید ادامه یافت. در این پژوهش، تنها داده‌هایی جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شد که در تشخیص فرایند مقابله با اختلالات جنسی متناسب و با اصول گراند تئوری مرتبط بوده‌اند. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، کدگذاری و مقایسه مداوم اظهارات شرکت‌کنندگان، متغیر اصلی فرایند مقابله با اختلالات جنسی منجر به اختلافات زناشویی در میان زوج‌های شرکت‌کننده در این پژوهش، با عنوان "مهارت‌های

¹ skills of problem solving

دارای دو بعد "فردی - زوجی" و "تعامل با دیگران" است و پنج طبقه اصلی آگاهی یافتن از علائم اختلالات جنسی، ارزیابی شخصی، خود اقامی، احساس تهدید و مشاوره با دیگران آن را توجیه می‌کنند.

نتایج این مطالعه نشان داد که احساس ذهنی شرکت‌کنندگان در کنترل شخصی علائم توسط خودشان، بر فرایند مقابله نهایی تأثیر دارد. بنابراین، به‌منظور تسهیل در این فرایند، شرکت‌کنندگان باید از علائم اختلالات جنسی تأثیرگذار بر روابط زناشویی و اقدامات مناسبی که باید انجام دهند، آگاهی داشته باشند. علاوه بر این، آموزش همگانی به‌خصوص در جلسات مشاوره قبل از ازدواج به زوجین، می‌تواند مدت زمان این فرایند را کاهش دهد.

منابع

ادیب حاج‌باقری، م. (۱۳۸۵). روش پژوهش گراند تئوری (راه و روش نظریه‌پردازی در علوم انسانی)، تهران: انتشارات بشری.

اسپنس، س. (۱۳۸۵). درمان اختلالات جنسی، ترجمه: توزه جانی، حسن؛ محمدی، مسعود؛ توکلی‌زاده، جهانشیر و دهگان‌پور، محمد، تهران: انتشارات پیک فرهنگ.

بیابانگرد، الف. (۱۳۸۷). روش پژوهش در روان‌شناسی و علوم تربیتی، جلد دوم، تهران: نشر دوران.

جهانفر، ش.؛ مولایی نژاد، م. (۱۳۸۴). درسامه اختلالات جنسی، تهران: نشر سالمی، چاپ دوم. ۸۰ - ۱۱.

به اقدامات انجام شده، از لحاظ روان‌شناختی دچار احساس ناتوانی شخصی در کنترل علائم و در نتیجه ترس و اضطراب شده بودند. احساس تهدید به درخواست استمداد و راهنمایی از دیگران یا جستجوی درمان‌های اثربخش منجر شده است. در این مطالعه، بسیاری از شرکت‌کنندگان پیش از مراجعه به مراکز درمانی و پزشکی، با افراد اطراف خود مثل دوستان نزدیک مشورت کرده بودند.

در مطالعه حاضر اقدامات انجام شده برای درمان اثربخش، بیشتر به‌صورت تصمیم‌گیری مشارکتی بوده و اقدام به‌صورت انفرادی از طرف هر کدام از زوجین کمتر انجام گرفته است.

با توجه به حساس بودن اختلالات جنسی و همچنین، کم بودن تعداد زنان در مقایسه با مردان، محدودیت‌هایی در این مطالعه وجود دارد که باید از طریق مطالعات بیشتر، خلأ موجود در خصوص تصمیم‌گیری در مورد فرایند مقابله را پر کرد.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که تصمیم‌گیری برای جستجوی کمک، راهنمایی و درمان‌های پزشکی و روان‌درمانی در زوج‌های دارای اختلافات خانوادگی ناشی از اختلالات جنسی، فرایند پیچیده‌ای است که بر احساس ذهنی زوجین مبتنی است و تا زمانی که شرکت‌کنندگان احساس می‌کردند که توانایی کنترل اختلافات و اختلالات را دارند، جستجوی درمان‌های مؤثر را به تأخیر می‌انداختند.

مهارت‌های حل مسأله به‌عنوان متغیر اصلی فرایند مقابله، از داده‌های مطالعه حاضر نمایان شده است که

- Andrews, G. (2001). *Womens sexual health*. 2nd ed. Bailliere tindal, Edinburgh, 161-172.
- Basson ,R., Berman, J., & Whipple, B.(2000). Report of the International Consensus Development Conference on Femle Dysfunction. *The Journal of Urology*. 163. 888-893.
- Bonner, A., & Walker ,A. (2004). Nephrology nursing: blurring the boundaries: the reality of expert practice. *Journal of Clinical Nursing*; 2004; 13 (2): 210- 218.
- Cutcliffe, JR. (2000). Methodological issues in grounded theory. *Journal of advanced Nursing*; 31 (6): 1476-1484.
- Dempsey, SJ., Dracup, K.,& Moser, DK. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart& Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 24 (6): 444- 456.
- Glaser, B. (1998). Doing grounded theory: Issues and discussions. 1st ed. California: *Sociology Press*; 1998. p. 5-6, 66- 68
- Morse, JM., & Field, PA. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. California: Sage Pub.
- Safi, A. (2002). [*Normal household (Persian)*]. 2nd ed. Tehran; *Parents and Teachers Association IRIB* 11-23.
- Streubert, HJ, & Carpenter, DR. (1998). *Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: *Lippincott*.
- Sheldon, L. (1998). Grounded theory: issues for research in nursing. *Nursing Standard*; 12 (52): 47-50.
- Strauss, A, & Corbin, J. (1998). *Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* 2th ed. London, sage. *Publications*.
- Streubert, HJ , & Carpenter, DR. (2003). *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: *lipincott*.
- Morse, JM., Field, PA. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. California: *Sage Pub*.
- دلاور، ع. (۱۳۸۸). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران: انتشارات رشد.
- ستارزاده، ن. (۱۳۸۲). بررسی تغییرات فعالیت جنسی در دوران بارداری، همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی. ۲۴-۲۳ مهرماه. تهران، ۷۳. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
- صلصالی، م؛ پرویزی، س و ادیب حاج باقری، م. (۱۳۸۲). روش‌های پژوهش کیفی، تهران: انتشارات بشری، بهار.
- صلصالی، م؛ فخر موحدی، ع و چراغی، م. (۱۳۸۶). پژوهش‌گراند تئوری در علوم پزشکی (فلسفه و علوم کاربردی)؛ تهران: انتشارات بشری.
- فروتن، ک و جدید میلانی، م. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق مراجعه‌کننده به مجتمع قضایی، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، سال شانزدهم، ش ۷۸، ۳۹- ۴۴.
- گال، م. بورگ، و. گال، ج. (۱۳۸۳). روش‌های پژوهش کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی، جلد دوم. ترجمه: نصر، احمدرضا و همکاران، تهران: سمت.
- منصوریان، ی. (۱۳۸۶). گراند تئوری: نظریه سازی براساس داده‌های واقعی، فصلنامه پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت.
- محمد خانی، ش. (۱۳۸۳). مهارت‌های زندگی، جلد اول، تهران: انتشارات اسپند هنر.
- محمدخانی، ش. (۱۳۸۴). مهارت‌های زندگی، جلد دوم، تهران: انتشارات اسپند هنر.
- نیکویخت، م. (۱۳۸۲). اختلالات جنسی در مرد و زن، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران.

Theorizing the Process of Coping with Sexual Disorders Leading to Marital Conflicts based on Grounded Theory Approach

***M.Alikhani**

Master of Psychometric , Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

H.Eskandari

Assistant professor of psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

Abstract:

The present study was to theorize about the process of coping with sexual disorders leading to marital conflicts. The process of coping with sexual disorders leading to marital conflicts was examined with 12 couples based on grounded theory. The focus of the study was on the period from commencing of symptoms up to start of treatment. Data were collected through semi-organized interviews and were analyzed through constant comparisons. It was recognized that problem solving skills was the main variable in the process of coping with sexual disorders leading to marital conflicts. The main variable consisted of two levels including 'single-couple' and 'interactional' and five main categories named as recognizing sexual disorder symptoms, personal assessment, self-attempt, threat feeling, consulting with others which ultimately led to searching help, consultation, and treatment. The preliminary individual decision to decrease the symptoms resulted in self-treatment which consequently deferred the treatment period. Age, gender, education level, socio-economical status and pre-knowledge of disorders affected people's decision making time. Individuals with sexual disorders defer the start of treatment and this can bring a family to separation. Couples should take pre-marriage counseling sessions in order to make decision for treatment at the right time when faced by sexual disorders.

Keywords: sexual disorders, marital conflicts, process of coping, grounded theory