

# تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری

نویسندگان: مجتبی دلیر<sup>۱\*</sup> و دکتر مهناز علی اکبری دهکردی<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی

۲. عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور

\* Email: mojtaba\_dalir@yahoo.com

## چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه های اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری بود. جامعه در این پژوهش شامل تمام درمانجویان مبتلا به اختلال وسواس مراجعه کننده به انجمن وسواس بود. نمونه ای بیست نفری به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و با همین روش در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شد. آموزش رفتارهای سالم جنسی را برای گروه آزمایشی اجرا کردیم و میزان شدت اختلال وسواس هر آزمودنی بوسیله مقیاس وسواس - بی اختیاری ییل بروان (YBOCS) در پیش آزمون و پس آزمون اندازه گیری شد. نتایج نشان داد: ۱- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه های اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری تاثیر مثبت دارد. ۲- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه های اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری در بین زنان و مردان تاثیر متفاوتی ندارد.

**واژه های کلیدی:** آموزش رفتارهای سالم جنسی، کاهش نشانه ها، اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری.

**روان شناسی  
بالینی  
و شخصیت**

دانشور  
رفتار

• دریافت مقاله: ۸۷/۸/۸

• پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۱۳

*Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Nineteenth Year, No.7  
Autumn & Winter  
2012- 2013*

*Clinical Psy & Personality*

دوفصلنامه علمی- پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال نوزدهم - دوره جدید

شماره ۷

پاییز و زمستان ۱۳۹۱

## مقدمه

است [۳].

حدود یک قرن پیش زیگموند فروید<sup>۱۱</sup> اصطلاح نوروژ اضطرابی را وضع کرد و معتقد بود که در نتیجه سرکوب لیبیدو<sup>۱۲</sup> پدید می‌آید. یعنی پا به پای افزایش تنش جنسی، زیستمایه هم که نمود ذهنی این اتفاق جسمی است، افزایش می‌یابد. مقرر طبیعی این تنش به نظر فروید مقاربت جنسی است و سایر اعمال جنسی مثل خویشختداری و جماع منقطع، مانع از آزاد شدن این تنش و موجب نوروژ می‌شود [۴]. نظر فروید این بود که روان رنجوری را می‌توان با تصحیح مشکلات جنسی معالجه کرد [۵]. فروید در دو نوبت به تدوین نظریه اضطراب پرداخته است. بار اول در سال ۱۹۰۵، اضطراب را نتیجه مستقیم سرکوب گری دانسته است. این مکانیزم با بیرون راندن تجسم کشاننده ای به خارج از میدان هشیاری، موجب می‌شود تا بخشی از لیبیدو به کار گرفته نشود و همین بخش است که بلافاصله تبدیل به اضطراب می‌شود. اما در سال ۱۹۲۶، فروید نظریه اضطراب خود را بازنگری می‌کند و این بار، سرکوب گری را مبنای اضطراب نمی‌داند بلکه آن را به منزله نتیجه اضطراب تلقی می‌کند. در واقع هنگامی که یک تجسم کشاننده ای، خطرناک، تهدیدکننده یا گنجهکارانه به نظر آید اضطراب را در سطح "من" پدید می‌آورد و آن وقت است که سرکوب گری یا مکانیزم های دفاعی دیگر، وارد میدان می‌شوند. به عقیده فروید و پیروانش، کشاننده های بن به صورت افکار وسواسی، و مکانیزم های دفاعی به شکل اعمال بی اختیاری متجلی می‌شوند. به عنوان مثال اگر فردی مورد هجوم دائم افکار جنسی منع شده قرار گیرد ممکن است براساس شستشوی مکرر خود و یا اجتناب نظامدار از هر نوع مکالمه ای که دارای محتوای جنسی است، با این افکار مقابله کند [۶].

در سال ۱۸۹۶ فروید افکار وسواسی را به عنوان خود نکوهیدن هایی تغییر شکل یافته تلقی می‌کند که ناشی از واپس زدگی باززایی شده و همیشه مرتبط با عمل جنسی ای است که در هنگام کودکی با لذت انجام می‌گردد.

هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه های اختلال اضطرابی وسواس-بی‌اختیاری<sup>۱</sup> بود. در فهرست اختلالات اضطرابی DSM - IV - TR که شامل دوازده مورد می‌باشد، عنوان اختلال وسواس - بی اختیاری به چشم می‌خورد [۱]. اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری، پدیده جدیدی نیست؛ نمونه داستانی برجسته آن لیدی مکبث<sup>۲</sup> است. جان بانیان<sup>۳</sup> و چارلز داروین<sup>۴</sup> از جمله افراد برجسته فراوانی به شمار می‌روند که در گذشته مبتلا به این اختلال فلج کننده بوده‌اند. پیش از سال های ۱۹۶۰ پیش‌آگهی این بیماران خوب نبوده و درمان های پیشنهادی عبارت بود از حمایت، بستری کردن های درازمدت و جراحی مغز. در چنین وضع ناامیدکننده‌ای، مهیر<sup>۵</sup> در ۱۹۶۶ گزارش داد که توانسته است دو مورد روان‌نژندی مزمن وسواس را با شیوه رفتاری درمان کند. به دنبال آن، گزارش هایی از موارد موفقیت‌آمیز درمان رفتاری، ارائه شد. کار مهیر سلسله جنبان کاربرد مدل‌های روان‌شناختی در وسواس و گسترش درمان‌های موثر، به حساب می‌آید [۲].

توصیف اختلال وسواس-بی اختیاری از تاریخ معرفی اولیه آن توسط اسکیرول<sup>۶</sup> در ۱۸۳۸ تاکنون تغییری نیافته است. یک نشانگان<sup>۷</sup> وسواسی معمولاً به صورت زیر تعریف می‌شود: یک ایده، فکر، تصور، احساس یا حرکت مکرر<sup>۸</sup> یا مضر<sup>۹</sup> که با نوعی احساس اجبار و ناچاری ذهنی<sup>۱۰</sup> و علاقه به مقاومت در برابر آن همراه است. بیمار متوجه بیگانه بودن این حادثه نسبت به شخصیت خود بوده از غیرعادی و نابهنجار بودن رفتار خود، آگاه

1 . Obsessive – Compulsive Disorder

2 . Lady Macbeth

3 . Bunyan,J

4 . Darwin,C

5 . Meyer

6 . Esquirol

7 . Symptom

8 . Recurrent

9 . Persistent

10 . Subjective Compulsion

11 . Freud

12 . Libido

گیری اختلال و سواس - بی اختیاری پیشنهاد می‌کند که مزاحمت‌های ذهنی طبیعی (از جمله امور جنسی) - چه خواسته و چه ناخواسته - نشان دهنده موضوعات مهم زندگی فرد هستند و اغلب توسط علائم درونی یا بیرونی به جریان می‌افتند. به زعم وی چنین مزاحمت‌های ذهنی تنها زمانی تبدیل به سواس می‌شوند که فرد اهمیت فوق‌العاده‌ای برای این افکار قایل شود و آن‌ها را وحشتناک، خطرناک، غیر اخلاقی و یا از این قبیل تعبیر نماید. به عبارت دیگر ارزیابی غلط مزاحمت‌های ذهنی کلید تبدیل این مزاحمت‌های ذهنی طبیعی به سواس‌ها است [۱۰]. تاکنون کنش‌وری میل جنسی در مبتلایان به سواس فقط در چهار مطالعه توصیف شده و درصد بالایی از نارساکنش‌وری میل جنسی و نارضایتی جنسی کشف شده است [۹]. اگرچه بخش اعظمی از مبتلایان به روان‌رنجوری‌ها می‌توانند اختلالات جنسی‌شان را پنهان کنند، تجارب بالینی درازمدت روان‌درمانی به این نکته اشاره دارد که اختلالات جنسی در بین ایشان شایع است [۱۱]. به عنوان مثال وولینک، دنیز و وستنبرگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) می‌نویسند: مبتلایان به سواس به طور معناداری انزجار جنسی بیشتر، میل جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم‌های رضایت‌بخش کمتری را نسبت به گروه گواه گزارش کرده‌اند [۹]. همچنین صفاریان و شاملی اشاره می‌کنند که زنان با اختلال و سواسی - بی اختیاری نسبت به زنان گروه بهنجار رضایت جنسی کمتری دارند [۱۲]. رولر<sup>۲</sup> در ۲۰۰۷ می‌نویسد: زنانی که رفتار بی اختیاری/اعتیادی جنسی را تجربه می‌کنند اشتغال ذهنی با امور جنسی (افکار و سواسی جنسی) دارند، نه به عنوان پاسخی به میل جنسی، بلکه به عنوان پاسخی که در خدمت هدف کاهش اضطراب است [۱۳].

وولینک، دنیز و وستنبرگ در ۲۰۰۶ در مقاله‌ای تحت عنوان «لذت جنسی در زنان و سواسی» می‌نویسند: اگرچه بیماران و سواسی غالباً نارضایتی جنسی را گزارش می‌دهند، مطالعات کنترل شده در این زمینه اندک است.

روان‌رنجوری و سواس، برخلاف هیستری، همیشه حاوی خصوصیت فعالیت جنسی زودرس است [۷]. فروید معتقد بود در روان‌رنجوری‌ها، نیروی جنسی، یگانه منبع مهم نیرو و تحریک‌کننده اساسی محسوب می‌گردد. زندگی و تظاهرات جنسی افراد مبتلا به روان‌رنجوری به گونه‌ای تحکیم‌آمیز در خلال این تظاهرات جلوه‌گر می‌شوند. بدین معنی که تظاهرات مرضی عبارتند از فعالیت‌های جنسی بیمار. عوارض روان‌رنجورانه جانشین امیالی هستند که شکل جنسی داشته و صورت اصلی‌شان توشه‌بردار از میل جنسی بوده است. نیروی محدودکننده جنسی و حالاتی که به موجب آن امیال سرکوب می‌شوند راه را برای ابتلای بیماری باز می‌کشایند. این مقاومت‌ها و محدودیت‌هایی که امیال را سرکوب می‌کنند، در واقع آن‌ها را از بین نمی‌برند، بلکه تغییر شکلی در آن داده و امیال مربوط به لیبیدو و شهوت جنسی را به صورت عارضه‌های بیماری در می‌آورند. روان‌رنجوری‌ها شکل منفی انحراف یا حالت غیرطبیعی جنسی می‌باشند. میان حالت غیرطبیعی افرادی که تحت شرایط مساعدی شکل معمول عملی پیدا کرده‌اند، با حالات ناآگاهانه مبتلایان به روان‌رنجوری‌ها همانندی‌های بسیاری وجود دارد [۸].

فروید تصور می‌کرد نوروژ و سواس - بی اختیاری در خیالپردازی‌ها و امیال جنسی سرکوب شده ریشه دارد. هرچند از وقتی که زیست‌شناسی عصبی متولد شده، مطالعه نقش تمایلات جنسی در اختلال و سواس - بی اختیاری مورد غفلت قرار گرفته است، اما هنوز هم، تمایلات جنسی مختل شده، غالباً در مبتلایان به سواس گزارش می‌شود [۹]. از دیدگاه شناختی افکار، تکانه‌ها و تصورات و سواسی معمولاً موضوع‌هایی را در بر می‌گیرند که از لحاظ شخصی، ناسازگار (منافی با اصول) باشند. هر قدر یک اندیشه مزاحم از لحاظ شخصی ناپذیرفتنی تر باشد، وقوع آن، فرد را بیشتر ناراحت خواهد ساخت. یکی از محتواهای عمده در سواس امور جنسی (تمایلات جنسی، اشتغال ذهنی درباره اندام‌های جنسی و اعمال جنسی غیر قابل پذیرش و ...) است [۲]. راجمن در ۱۹۹۷ در نظریه شناختی خود راجع به شکل

<sup>1</sup> . Vulink, Denys, Westenberg

<sup>2</sup> . Roller

جنسیتی مجموعه ای از تداعی های مرتبط با جنسیت هستند که زمینه اصلی پردازش اطلاعات را بر اساس جنسیت بازنمایی می کنند [۱۷].

در فرهنگ غرب اعتقاد بر این است که بین زن و مرد از لحاظ نگرش و رفتار نسبت به مسائل جنسی تفاوت وجود دارد. نوایی نژاد در یک مطالعه فراتحلیلی نشان داد که بیشترین تفاوت جنسیتی در انجام خودارضایی که ۹۶ درصد مردان آن را تجربه می کنند وجود دارد. همچنین مردان نسبت به روابط جنسی پیش از ازدواج در مقایسه با زنان نگرش مثبت تری دارند. در پژوهش مذکور در مورد نگرش نسبت به همجنس گرایی و یا رضایت جنسی تفاوت معناداری بدست نیامد [۱۸].

همچنین نتایج پژوهش حیدری نسب و خلیلی [۱۹] با عنوان «رابطه بین خودپنداره جنسی و رضایتمندی زناشویی» نشان داد که بین خودپنداره جنسی و رضایتمندی زناشویی همبستگی مثبت وجود دارد ولی بین زنان و مردان تفاوتی در خودپنداره جنسی و نیز رضایتمندی زناشویی مشاهده نمی شود.

اسلامی نسب اشاره می کند که افراد وسواسی هم مثل افراد عادی می توانند اختلالات و انحرافات جنسی داشته باشند. منهای شیوع اختلالات و انحرافات جنسی در عامه مردم، اختلالات جنسی در افراد مبتلا به وسواس بیشتر است. وی چنین ادامه می دهد: اولین و مهمترین کاری که در ابتدای درمان انجام می شود افزایش اطلاعات و آگاهی فرد است. ما در درمان وسواس از هر ابزار، تکنیک و راهبردی برای ارتقاء سطح سلامت فرد استفاده می کنیم. در تمام دوره درمان وسواس، بستر کار، آموزش است [۲۰]. افراد وسواسی در مورد مسائل جنسی دچار مشکل هستند. عمدتاً مسائل جنسی، پشت پرده وسواس هستند. اسلامی نسب [۲۱] به درمانگران اینگونه توصیه می کند که از فرد وسواسی بخواهید مسائل و تجربیات جنسی خود را کاملاً بازگو کند و راه های درمان را به او آموزش دهید.

تجربه بالینی نشان داده است که جلسه آموزشی، بخش فوق العاده مهم برنامه درمانی را تشکیل می دهد. از

مطالعه ایشان توجه به امور جنسی و عملکرد جنسی را در بین بیماران وسواسی و آزمودنی های سالم و گروه گواه تجویز دارو و زیرگروه های وسواس در عملکرد و رضایت جنسی مقایسه کرده است. روش مطالعه ایشان عبارت بود از اینکه پرسشنامه های خود گزارشگری را برای ۳۵۰ زن مبتلا به وسواس غیر بستری فرستادند که ۱۰۱ پرسشنامه تکمیل شده برگشت داده شد. یافته های ایشان نشان می دهد که بیماران مبتلا به وسواس به طور معناداری انزجار جنسی بیشتر، میل جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم های رضایت بخش کمتری نسبت به گروه گواه گزارش کرده اند. هیچکدام از متغیرهای تجویز دارو و زیرگروه های وسواس بر نتایج، تاثیری نداشت. مولفین فوق الذکر چنین نتیجه گیری کرده اند که زنان مبتلا به وسواس لذت جنسی کم، انزجار جنسی زیاد و کاهش عملکرد جنسی را گزارش می کنند که صرفاً به دلیل گرفتن دارو یا افکار وسواسی آلودگی نیست. ایشان توصیه می کنند متخصصان بالینی بایستی با صراحت درباره عملکرد جنسی بیماران وسواسی در ارزیابی های خود پرس و جو کنند [۹].

اختلال جنسی یک پدیده چند عاملی و پیچیده است که عوامل فیزیولوژیکی، روان شناختی و فرهنگی در آن نقش دارند [۱۴]. یکی از عوامل تاثیرگذار در رفتار و احساس انسان، نوع نگرش و باور فرد درباره آن حادثه یا بطور کلی طحوازه آن فرد در خصوص مسئله یا پدیده مورد نظر است. این گزاره، هسته اصلی رویکردهای شناختی محسوب می شود، زیرا در رویکرد شناختی این عقیده وجود دارد که نوع باور فرد تعیین کننده احساس، رفتار و برداشت اوست و به همین دلیل باورهای افراد در شناخت درمانی، آماج اصلی درمان قرار می گیرند [۱۵ و ۱۶]. تفاوت دو جنس در رفتار جنسی تا حد زیادی از راه نقش های جنسیتی و متغیرهای فرهنگی که بر آن تاثیر می گذارد تعیین می شود. طحوازه های فرهنگی در رابطه با نقش های جنسیتی خصوصاً در دختران از سنین پایین شکل می گیرد. زنان به طور نافع برای سرنوشت جنسیتی خود برنامه ریزی می شوند. طحوازه های نقش

حدود چهل درصد مردم ایران دچار شخصیت وسواسی<sup>۵</sup> و حداقل چهار درصد آن‌ها مبتلا به اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری هستند. تجربه بالینی نشان می‌دهد که به دلایل متعدد فرهنگی، تربیتی و فشارهای متفاوت و متداوم تعداد بیشتری از مردم، هر روزه مبتلا به وسواس می‌شوند. شایان ذکر و درخور توجه است که فرزندان افراد وسواسی نیز پی‌درپی به تعداد وسواسی‌ها اضافه می‌شوند [۲۰]. پس همانطور که قبلاً ذکر شد هدف عمده پژوهشگران در این تحقیق بررسی تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری بود، بنابراین فرضیه‌های پژوهش بدین صورت مطرح گردید: ۱- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری موثر است. ۲- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری در بین مردان و زنان تاثیر متفاوتی دارد.

## روش

### آزمودنی

جامعه آماری در این پژوهش جامعه‌ای در دسترس و شامل تمام درمانجویان مبتلا به اختلال اضطرابی وسواس - بی‌اختیاری مراجعه کننده به انجمن وسواس و مرکز مشاوره شفا به تعداد هفتاد و چهار نفر بود. نمونه پژوهشی شامل بیست نفر از درمانجویان فوق‌الذکر با دامنه تحصیلات از زیر دیپلم تا فوق لیسانس و دامنه سنی نوزده تا چهل و دو سال بود. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت تصادفی ساده انجام شد و با همین روش بیست نفر نمونه مورد نظر در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند.

### ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل براون<sup>۶</sup> بود که با عنوان

آنجا که عدم اطلاعات یا اطلاعات نادرست، غالباً عوامل مهم اختلال جنسی را تشکیل می‌دهند، بهتر است بیشترین قسمت جلسه‌های درمان جنسی را به فراهم آوردن اطلاعات جنسی، اختصاص داد. درمانگر باید با استفاده از طرح‌ها و تصاویر و با استفاده از اصطلاحات ساده، کالبد شناسی جنسی و مراحل تحریک جنسی را توضیح دهد [۲۲].

وقتی اطلاعات ارائه شده در درمان شامل تحریکی باشد که رویدادهای محیطی آن را ایجاد کرده‌اند، به آن آموزش<sup>۱</sup> می‌گوییم. نمونه اقدام درمانی ناشی از آموزش، مرد مسنی است که چون در چند سال گذشته، زمان رسیدن به نعوظ و ارگاسم او به طور محسوسی طول می‌کشید، دچار نگرانی شده بود. وقتی فهمید که مسترز و جانسون (۱۹۶۶) این تاخیر را در مردان مسن امری طبیعی می‌دانند، کاملاً آسوده خاطر شد. بسیاری از نظام‌های روان‌درمانی قبول دارند که افراد می‌توانند در اثر افزایش هشیاری تغییر کنند [۲۳].

غالباً با ارائه اطلاعات و آموزش می‌توان انتظار داشت که دانش<sup>۲</sup>، نگرش<sup>۳</sup> و در نهایت رفتار<sup>۴</sup> فرد تغییر کند. نگرش نظامی بادوام است که شامل یک عنصر شناختی، یک عنصر احساسی و یک تمایل به عمل است [۲۴]. فرض بر این است که نگرش‌های فرد تعیین کننده رفتار او است [۲۵]. نگرش‌ها به صورت یک فرایند یادگیری شکل می‌گیرند. شخص در معرض اطلاعات و تجربیات مربوط به یک شی یا موضوع خاص قرار می‌گیرد و بر اثر فرایند تقویت و تقلید نگرشی نسبت به آن پیدا می‌کند [۲۶]. به هر نسبتی که سطح آموزش افراد گسترده‌تر شده و عمق آگاهی آنان بیشتر می‌شود، آمادگی تغییر رفتار آنان فزونی گرفته و فاصله بین نگرش و عمل آنان، کاهش می‌یابد [۲۷].

درباره ضرورت انجام پژوهش حاضر باید گفت که

1. education  
2. Knowledge  
3. Attitude  
4. Practice

<sup>5</sup> . Obsessive - Compulsive Personality Disorder

<sup>6</sup> . Yale Brown Obsessive - Compulsive Scale

بسته آموزشی توسط پژوهشگران، بر اساس مبانی نظری ساخته شده است و پانزده نفر از متخصصین روانپزشک، روانشناس و مامای کشور آن را مطالعه و اصلاح نموده اند. بسته مذکور حاوی موارد زیر بود: ۱- آموزش درباره آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی در مرد و زن؛ آشنایی با اجزا و عملکرد اندام های تناسلی خود و جنس مکمل، شناسایی نقاطی که دارای ظرفیت تحریک پذیری بیشتری هستند و ... ۲- آموزش بهداشت جنسی؛ ارائه دستور عمل هایی درباره چگونگی رعایت بهداشت اندام های تناسلی، استفاده از لباس های زیر مناسب، استفاده از پد یا تامپون، توضیح درباره مزایا و معایب روش های پیشگیری از بارداری و چگونگی استفاده صحیح از وسائل پیشگیری و ... ۳- آموزش درباره چرخه پاسخ جنسی در مرد و زن؛ مرحله میل جنسی، مرحله برانگیختگی، مرحله کفه، مرحله اوج لذت جنسی، مرحله فرونشینی به همراه ارائه توضیحات کافی درباره ویژگی های هر مرحله ۴- آموزش رفتارهای سالم و سلامت جنسی؛ توضیح اینکه سلامت جنسی حفظ جنبه های جسمانی، احساسی، ذهنی و اجتماعی پدیده جنسی در مسیرهایی می باشد که در جهت توسعه و تحکیم شخصیت، ارتباطات و عشق بکار گرفته شوند، تبیین ویژگی های رفتار ناسالم جنسی از جمله وسواس گونه بودن، انحصاری بودن، مخرب بودن، همراه اضطراب و احساس گناه شدید بودن و ... ۵- آموزش وضعیت های نزدیکی؛ وضعیت قراردادی یا مرد در بالا، وضعیت معکوس یا زن در بالا، وضعیت طرفی که زوج به پهلو می خوابند، وضعیت های دیگر ۶- آموزش معاینه شخصی در مردان / زنان؛ شامل آموزش معاینه بیضه ها در مردان و معاینه اندام تناسلی و سینه ها در زنان ۷- آموزش و راهنمایی در زمینه مشکلات جنسی هر درمانجو؛ توضیح درباره اختلالات مربوط به هر یک از پنج مرحله چرخه پاسخ جنسی، انحرافات جنسی، بیماری های مسری جنسی، ایدز و ...

YBOCS خوانده می شود و توسط دکتر واینی گودمن<sup>۱</sup>، دکتر استیون راسموسن<sup>۲</sup> و همکارانشان در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. این مقیاس شامل فهرستی از پنجاه و هشت نشانه اختلال وسواس - بی اختیاری (فهرست علائم)، ده سوال جهت ارزیابی شدت اختلال وسواس - بی اختیاری، بخش ارزیابی باور، اجتناب و افسردگی می باشد. پژوهشگران آزمون یاد شده را به این علت برای پژوهش خود انتخاب کرده است که یکی از معتبرترین آزمون ها در سنجش وسواس می باشد [۲۸]. متغیر اختلال اضطرابی وسواس - بی اختیاری بوسیله نمره کلی وسواس فرد در مقیاس وسواس - بی اختیاری ییل براون مورد سنجش قرار می گیرد که شامل پنج سوال پنج ماده ای برای وسواس ها و پنج سوال پنج ماده ای دیگر برای رفتارهای بی اختیاری است. نقطه برش، مقیاس هفده است. جهت تعیین پایایی مقیاس YBOCS از روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ای استفاده گردیده که ضریب پایایی برابر ۰/۸۴ بود [۲۹].

### شیوه اجرای پژوهش

جهت جمع آوری داده ها، مقیاس وسواس - بی اختیاری ییل براون که یک پرسشنامه خود گزارشگری است و بوسیله آزمودنی و بدون دخالت آزمونگر تکمیل می شود، توسط آزمونگرانی که از تعلق آزمودنی ها به گروه آزمایشی و گواه بی اطلاع بودند، پیش از جلسات آموزش رفتارهای سالم جنسی در اختیار درمانجویان قرار داده شد و نتایج ثبت گردید و پس از جلسات آموزشی دوباره این آزمون تکرار شد. در مورد اعضاء گروه گواه نیز چهار هفته پس از آزمون اولیه (پیش آزمون) و ثبت نتایج آن، آزمون ثانویه (پس آزمون) اجرا و نتایج را استخراج کردیم. تنها تفاوت بین گروه آزمایشی و گواه در محرومیت گروه گواه از جلسات آموزشی بود. جلسات آموزش رفتارهای سالم جنسی شامل چهار جلسه یک ساعته طی چهار هفته متوالی و هر هفته یک جلسه بود.

1. Wayne Goodman

2. Steven Rasmussen

## شیوه تحلیل داده‌ها

روش آماری جهت آزمون فرضیه در پژوهش حاضر، آزمون t دو گروه مستقل و طرح پژوهشی، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. نمرات پیش آزمون هر فرد را از نمرات پس آزمون او کسر نموده و میانگین هر گروه را بدست آوردیم و در نهایت میانگین بدست آمده برای دو گروه را بوسیله آزمون t دو گروه مستقل مقایسه نمودیم [۳۰].

## نتایج

در ادامه یافته‌های توصیفی و نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهشی به همراه جداول مربوط آمده است. جدول ۱ نمرات خام افراد گروه آزمایشی و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و نمرات حاصل از تحلیل اختلاف آن‌ها را نشان می‌دهد. **فرضیه اول:** آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی اختیاری مؤثر است.

جدول ۱. نمرات پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل آن‌ها در گروه آزمایشی و گواه.

گروه گواه			گروه آزمایشی			شرکت کنندگان
تفاضل	نمره ثانویه	نمره اولیه	تفاضل	نمره ثانویه	نمره اولیه	
۳	۱۷	۲۰	۲۳	۱۳	۳۶	۱
۶	۸	۱۴	۲۴	۱	۲۵	۲
-۱	۵	۴	۸	۲۱	۲۹	۳
-۶	۱۶	۱۰	۸	۷	۱۵	۴
۰	۴	۴	۳	۵	۸	۵
۰	۸	۸	۵	۱۲	۱۷	۶
۱	۱۵	۱۶	-۴	۱۲	۸	۷
۰	۴	۴	۶	۸	۱۴	۸
۲	۱۰	۱۲	-۸	۲۱	۱۳	۹
-۲	۱۲	۱۰	۲	۱۲	۱۴	۱۰

جدول ۲. آزمون t دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و گواه در متغیر و سواس.

گروه	تعداد (N)	میانگین تغییر نمره و سواس (M)	درجه آزادی (df)	t محاسبه شده	سطح معناداری
گروه آزمایش	۱۰	۶/۷	۱۸	۲/۱۲	$p < ۰/۰۵$
گروه گواه	۱۰	۰/۳			

آزمایشی بیشتر از گروه گواه است، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش رفتارهای سالم جنسی در گروه آزمایشی باعث کاهش بیشتر نمرات و سواس آزمودنی‌ها در پس‌آزمون شده است. بنابر این آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری تأثیر مثبت دارد.

**فرضیه دوم:** آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری در بین زنان و مردان تأثیر متفاوتی دارد.

با توجه به اینکه  $t$  محاسبه شده یعنی (۲/۱۲) بزرگتر از  $t$  جدول (۱/۷۳۴) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و با درجه آزادی ۱۸ می‌باشد بنابراین فرض صفر رد می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنی‌داری وجود دارد پس فرضیه اول تأیید می‌گردد یعنی آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری موثر است. از آنجایی که میانگین‌های محاسبه شده برای دو گروه حاصل تفاضل نمره پیش‌آزمون از پس‌آزمون هر فرد در گروه خود بوده و با توجه به اینکه میانگین گروه

جدول ۳. آزمون  $t$  دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین‌های نمرات و سواس زنان و مردان گروه آزمایش.

شرکت کنندگان	تعداد (N)	میانگین تغییر نمره و سواس (M)	درجه آزادی (df)	$t$ محاسبه شده	سطح معناداری
زنان	۵	۹	۸	۰/۶۹	$p < ۰/۰۵$
مردان	۵	۴/۴			

مردان تأثیر متفاوتی ندارد. در ادامه هر یک از نتایج بدست آمده مورد بحث قرار گرفته است. فرضیه اول بوسیله آزمون  $t$  دو گروه مستقل مورد آزمون فرضیه قرار گرفت و نتایج حاکی از تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های مورد مقایسه بود و در نتیجه فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت، بدین معنی که آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری موثر است. به عبارت دیگر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال و سواس تأثیر مثبت دارد. نتایج بدست آمده در این بخش هماهنگ با پیشینه نظری پژوهش می‌باشد. چنانچه پیشتر ذکر شد راجمن در ۱۹۹۷ در نظریه شناختی خود راجع به شکل‌گیری اختلال و سواس - بی‌اختیاری پیشنهاد می‌کند که مزاحمت‌های ذهنی طبیعی (از جمله امور جنسی) - چه خواسته و چه ناخواسته - نشان دهنده موضوعات مهم

با توجه به اینکه  $t$  محاسبه شده یعنی (۰/۶۹) کوچکتر از  $t$  جدول (۱/۸۶) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و با درجه آزادی ۸ می‌باشد بنابراین فرض صفر تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های مورد مقایسه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، پس فرضیه دوم رد می‌شود یعنی آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری در بین زنان و مردان تأثیر متفاوتی ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد:  
 ۱- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری تأثیر مثبت دارد.  
 ۲- آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی‌اختیاری در بین زنان و



نهایت رفتار فرد تغییر کند [۲۴]. نگرش‌ها به صورت یک فرایند یادگیری شکل می‌گیرند. شخص در معرض اطلاعات و تجربیات مربوط به یک شی یا موضوع خاص قرار می‌گیرد و بر اثر فرایند تقویت و تقلید نگرشی نسبت به آن پیدا می‌کند [۲۶]. طی جلسات آموزش رفتارهای سالم جنسی فرد مبتلا به وسواس در معرض اطلاعات جدیدی (هم اطلاعاتی درباره رفتارهای سالم جنسی و هم نحوه برخورد بدون تنش و احساس گناه با امور جنسی) قرار می‌گیرد و این اطلاعات می‌تواند نگرش او را تغییر دهد و در نتیجه رفتار فرد که مورد نظر است تغییر نماید و به سمت رفتارهای سالم سوق پیدا کند و از تنش جنسی وی کاسته شود. نتایج این بخش از پژوهش مویید این نکته است.

پس از انجام آزمون t دو گروه مستقل برای فرضیه دوم نتایج نشان دهنده عدم تفاوت معنی دار بین میانگین‌های مورد مقایسه بود که در نتیجه این فرض رد شد، بدین معنی که آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی اختیاری در بین زنان و مردان تأثیر متفاوتی ندارد. معنی نتایج بدست آمده از آزمون فرضیه دوم این است که تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی و سواس - بی اختیاری به جنسیت فرد مبتلا بستگی نداشته و این آموزش در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس در هر دو جنس تأثیر مثبت دارد. چنانچه اشاره شد اختلال جنسی یک پدیده چند عاملی و پیچیده است که عوامل فیزیولوژیکی، روان شناختی و فرهنگی در آن نقش دارند [۱۴]. یکی از عوامل تأثیرگذار در رفتار و احساس انسان، نوع نگرش و باور فرد درباره آن حادثه یا بطور کلی طرحواره آن فرد در خصوص مسئله یا پدیده مورد نظر است. در رویکرد شناختی این عقیده وجود دارد که نوع باور فرد تعیین کننده احساس، رفتار و برداشت اوست و به همین دلیل باورهای افراد در شناخت درمانی، آماج اصلی درمان قرار می‌گیرند [۱۵ و ۱۶]. تفاوت دو جنس در رفتار جنسی تا حد زیادی از راه نقش‌های جنسیتی و متغیرهای فرهنگی که بر آن تأثیر می‌گذارد

زندگی فرد هستند و اغلب توسط علایم درونی یا بیرونی به جریان می‌افتند. به زعم وی چنین مزاحمت‌های ذهنی تنها زمانی تبدیل به وسواس می‌شوند که فرد اهمیت فوق العاده‌ای برای این افکار قایل شود و آن‌ها را وحشتناک، خطرناک، غیر اخلاقی و یا از این قبیل تعبیر نماید. به عبارت دیگر ارزیابی غلط مزاحمت‌های ذهنی کلید تبدیل این مزاحمت‌های ذهنی طبیعی به وسواس‌ها است [۱۰]. بنابراین این می‌تواند نتایج بدست آمده را اینگونه تبیین کرد که صرف گفت و شنود آزادانه و بدون تنش درباره امور جنسی می‌تواند به نوعی تنش فرد را در این زمینه کاهش دهد. از طرفی فروید در سال ۱۹۲۶ نظریه اضطراب خود را بازنگری می‌کند و می‌نویسد: هنگامی که یک تجسم کشاننده‌ای، خطرناک، تهدیدکننده یا گنجهکارانه به نظر آید اضطراب را در سطح "من" پدید می‌آورد. بر این اساس تبیین دیگری که برای نتایج حاصله می‌توان ارائه نمود این است که صحبت کردن بدون تنش درباره پدیده جنسی می‌تواند میزان خطرناک بودن، تهدید کنندگی و گنجهکارانه به نظر رسیدن این امور را کاهش دهد و به تبع آن از اضطراب فرد در این زمینه کاسته شود. بعلاوه رایش می‌نویسد: انسان تنها نوع جاننداری است که عمل جنسی طبیعی خود را ویران کرده و مرض او، نتیجه این ویرانی است. حتی یک شخص مبتلا به روان رنجوری از نظر جنسی توانا نیست؛ توانایی ارگاسم بطور طبیعی در هر شخص موجود است ولی این توانایی در افراد مختلف که به روان رنجوری مبتلا هستند، مختل می‌شود. اضطراب نقطه مقابل تحریک جنسی و در عین حال از نظر ماهیت انرژی با آن یکسان و برابر است. بنابر این اگر خواست‌های جنسی بطور سالم و کامل کامیاب شوند، بیماری روان رنجوری وجود نخواهد داشت [۵]. با توجه به نظرات رایش می‌توان تصور کرد که آموزش رفتارهای سالم جنسی منجر به ارتقاء سطح سلامت جنسی در گروه آزمایشی شده و در نتیجه باعث کاهش نشانه‌های روان رنجوری و سواس در آن‌ها گردیده است. از طرفی می‌دانیم که غالباً با ارائه اطلاعات و آموزش می‌توان انتظار داشت، دانش، نگرش و در

پژوهش وجود داشت، موانع موجود در آموزش رفتارهای سالم جنسی و عدم اطمینان از کاربرد صحیح این آموزش‌ها توسط مراجعین بود؛ به عبارت دیگر اگر فرض کنیم مراجعی موارد آموزشی را فرا گرفته باشد، لازم است آن‌ها را کاملاً اجرا نماید. پس محدودیتی که به طور عمده می‌توان برای این پژوهش ذکر نمود عدم اطمینان از ایجاد رفتار سالم جنسی بر طبق الگوی آموزشی دانش، نگرش و رفتار است. با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود: ۱- پژوهش حاضر در نمونه‌های دیگر تکرار شود. ۲- تاثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های سایر اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار بگیرد. ۳- در تکرار پژوهش حاضر جلسات آموزش رفتارهای سالم جنسی تخصصی‌تر برگزار شود. ۴- تعداد افراد نمونه زن و مرد بیشتر شوند تا توان آزمون بالاتر رود.

تعیین می‌شود. طرحواره‌های فرهنگی در رابطه با نقش‌های جنسیتی خصوصاً در دختران از سنین پایین شکل می‌گیرد. طرحواره‌های نقش جنسیتی مجموعه‌ای از تداعی‌های مرتبط با جنسیت هستند که زمینه اصلی پردازش اطلاعات را بر اساس جنسیت بازنمایی می‌کنند [۱۷]. بنابراین این جهت تبیین نتایج حاصل از آزمون فرضیه دوم می‌توان گفت که ممکن است آموزش رفتارهای سالم جنسی بر طرحواره‌های زنان گروه آزمایشی تاثیر گذاشته و این آموزش منجر به درمان شده است و در نهایت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری را کاهش داده است. از طرفی این نتایج همسو با یافته‌های پژوهشی است [۳۱؛ ۳۲ و ۱۸]. با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، توجه به مشکلات جنسی مراجعین وسواسی به تمامی روان‌درمانگران توصیه می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر نمونه در دسترس می‌باشد. محدودیت دیگری که بر سر راه انجام این

9. Vulink, N., Denys, D., Bus, L., Westenberg, H. (2006). Sexual pleasure in women with obsessive – compulsive disorder? *Journal of Affective disorders: Vol 91:pp. 19 -25.*

۱۰. داودی، ایران. (۱۳۸۶). بررسی عوامل شناختی، شخصیتی، فشارروانی و سابقه خانوادگی به عنوان پیش بین های ابتلا به اختلال وسواس - اجبار و مقایسه زیرگروه های علائم اختلال بر اساس برخی متغیرهای پیش بین در شهرستان اهواز. پایان نامه دکتری. چاپ نشده.

11. Kokoszka, A. (2006). Sexual disorders among patients with neurotic disorders. *Journal of Sexologies: Vol 15:pp. 525 – 529.*

۱۲. صفاریان، زهرا و شاملی، لیلیا. (۱۳۸۶). مقایسه رضایت جنسی در زنان وسواسی - اجباری و گروه نرمال. خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، ص ۴۰.

13. Roller, C. (2007). Sexually Compulsive / Addictive Behaviors in Women: A Womens Healthcare Issue. *Journal of Midwifery Womens Health: Vol 52:pp. 486 – 491.*

14. Wiegel, M., Wincze, J. P., & Barlow, D. H (2002). Sexual dysfunction. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds). *Hand book of assessment and treatment planning to psychological disorders.* New York: Guilford press.

15. Leahy, R (2003). *Cognitive therapy techniques.* New York; Guilford press.

16. Beck, J (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond.* New York: Guilford press.

۱۷. خمسه، اکرم، یادگاری، هاجر، حسینی، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط میان رفتار جنسی و طرحواره های نقش جنسیتی در دو گروه از دانشجویان متأهل. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.

## منابع

۱. انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). چکیده DSM-IV-

TR خلاصه متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.

۲. هاوتون و همکاران. (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی، جلد اول، ترجمه حبیب‌اله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

۳. استکتی، گیل و همکاران. (۱۳۷۳). وسواس، برداشتها و درمان رفتاری، ترجمه امیر هوشنگ مهریار. تهران: انتشارات رشد.

۴. کاپلان، هارولد، سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.

۵. رایش، ویلهلم. (۱۳۸۲). کشف انرژی ارگن، روان شناسی در عمق، کارکرد ارگاسم، ترجمه استپان سیمونیان. تهران: انتشارات رشد.

۶. دادستان، پریخ. (۱۳۸۴). روان شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی، جلد اول، ویرایش دوم. تهران: انتشارات سمت.

۷. فروید، زیگموند. (۱۳۸۵). کاربرد تداوی آزاد در روانکاوی کلاسیک، ترجمه سعید شجاع شفتی. تهران: انتشارات ققنوس.

۸. فروید، زیگموند. (۱۳۴۳). سه رساله درباره تئوری میل جنسی، ترجمه هاشم رضی. تهران: نشر آسیا.

28. Kaplan, L. & Sadock, V. (2005). Comprehensive Text book of Psychiatry, Vol. I.U.S.A, LIPPANCOTT Williams and Wilkins.
۱۸. نوایی نژاد، شکوه. (۱۳۸۴). تفاوت های جنسیتی در مسائل جنسی (یک مطالعه فراتحلیلی). دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.
۱۹. حیدری نسب، لیلا، خلیلی، سکینه. (۱۳۸۶). رابطه بین خودپنداره جنسی و رضایتمندی زناشویی. سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.
۲۰. اسلامی نسب، علی. (۱۳۸۳). شفای وسواس. تهران: نشر شفا بخش.
۲۱. اسلامی نسب، علی. (۱۳۸۳). راهنمای عملی درمان وسواس برای متخصصین. تهران: نشر شفا بخش.
۲۲. هاوتون و همکاران. (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی، جلد دوم، ترجمه حبیب‌اله قاسم‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
۲۳. پروچاسکا، اوجمیز، و نورکراس، جان سی. (۱۳۸۱). نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد.
24. Freedman, J.L., Carlsmith, J.M., and Sears, D.O. (1970). Social Psychology. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice – Hall.
۲۵. اتکینسون، ریتال و همکاران. (۱۳۸۴). زمینه روانشناسی هیلگارد، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی، مرسته سمیعی و محسن ارجمند. تهران: انتشارات ارجمند.
۲۶. کریمی، یوسف. (۱۳۶۸). روان شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۲۷. حلم سرشت، پریش و دل پیشه، اسماعیل. (۱۳۸۲). جمعیت و تنظیم خانواده. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۲۹. دادفر، محبوبه و همکاران. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری. مجله اندیشه و رفتار، شماره ۲۱، صص ۲۷ - ۳۲.
۳۰. دل‌آور، علی. (۱۳۶۸). روش های تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۳۱. حسن زاده، رمضان.، محمودی، قهرمان. و خلیلیان، علیرضا. (۱۳۸۴). تاثیر آموزش جنسی بر پیشگیری از اختلالات جنسی. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.
- ۳۲- اندوز، زهرا و حمیدپور، حسن. (۱۳۸۴). بررسی کمال گرایی جنسی بین زنان و مردان. دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. تهران: دانشگاه شاهد.