



## شیوه‌های شناختی - رفتاری در درمان زنان مبتلا به فوبیای جنسی

پریوش جابری<sup>##</sup>، دکتر فریدون مهربابی<sup>###</sup>، دکتر امیر هوشنگ مهریار<sup>\*\*\*</sup>

### چکیده

برای بررسی میزان اثربخشی روشهای شناختی - رفتاری در درمان زنان مبتلا به اختلال فوبیای جنسی و نیز بررسی میزان اثر بخشی روشهای رفتاری در اصلاح شناختهای ناسازگارانه و نیز انجام آمیزش جنسی، ۶ آزمودنی زن با دامنه سنی ۱۸-۳۰ سال به مدت ۲ تا ۳ ماه و در طول ۵ تا ۱۰ جلسه به همراه همسرانشان، در قالب ۲ طرح آزمایشی تک موردی و طرح خط پایه چند گانه در پژوهش شرکت کردند. این زن و شوهرها که به طور غیر تصادفی انتخاب گردیده بودند، به طور تصادفی، در یکی از دو گروه شناختی - رفتاری و رفتاری جای داده شدند و به دنبال تعیین خطوط پایه در متغیرهای وابسته، هر زوج به فاصله ۱۰ روز از زوج پیشین، به ترتیب وارد مرحله درمان گردیدند و تحت تأثیر متغیر مستقل قرار گرفتند. شاخص بهبودی در هر یک از متغیرها، سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شد. این شاخصها توسط ابزارهای زیر ارزیابی شدند: مصاحبه نیمه سازمان یافته، مقیاس خودسنجی برای سنجش میزان اضطراب جنسی، برگه روزنگار برای یادداشت شمار موفقیت‌ها یا شکست‌ها در آمیزش جنسی، پرسشنامه سنجش کنش جنسی و نیز مقیاس درجه بندی میزان انگیزه. طی یک بررسی مقدماتی، اعتبار و پایایی این ابزار به دست آمد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در نتیجه درمانهای رفتاری و شناختی - رفتاری اضطراب جنسی آزمودنیها کاهش یافته و کوشش آزمودنیها برای آمیزش جنسی در مرحله پس از درمان همیشه با موفقیت همراه بوده است.

### کلید واژه: درمان شناختی - رفتاری، فوبیای جنسی، زنان

در گذشته، امور جنسی به عنوان یک موضوع ناگفتنی یا تابو مطرح بوده است و بسیاری از کسانی که از مشکلات

- 
- ## کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، خیابان استانداری، مراکز پزشکی نور و حضرت علی اصغر (ع).
  - ## روانپزشک عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
  - ### روانشناس بالینی و عضو هیئت علمی مؤسسه عالی پژوهش در برنامه ریزی و توسعه، تهران، نیاوران، خیابان شهید مختار عسگری.

جنسی رنج می‌بردند، هرگز برای درمان مراجعه نمی‌نمودند. در ۵۰ سال اخیر، نگرش اجتماعی، حرفه‌ای و درمانی نسبت به این مشکلات دگرگون شده است و امروزه سلامت جنسی را بخشی از سلامت عمومی می‌دانند (ریمی<sup>(۱)</sup>، ۱۹۸۴). بنکرافت<sup>(۲)</sup> (۱۹۸۳) نیز اظهار داشته است که ۶۵٪ زنان و ۴۰٪ مردان از اختلال کنشی جنسی رنج می‌برند.

یکی از انواع اختلالهای کنشی جنسی که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد، اختلال فویبای جنسی در زنان می‌باشد. در این اختلال، زن به دلایل روانشناختی، از آمیزش جنسی می‌ترسد و از آن پرهیز می‌کند. این اختلال ممکن است سالها ادامه داشته و نگذارد ازدواج به وصال برسد (ازدواج به وصال نرسیده<sup>(۳)</sup>). به این زنان، همسران دوشیزه<sup>(۴)</sup> نیز گفته می‌شود (گلدنر<sup>(۵)</sup>، گات<sup>(۶)</sup>، مایو<sup>(۷)</sup>، کوون<sup>(۸)</sup>، ۱۹۹۶). ۴/۵٪ زنان تا ماهها پس از ازدواجشان هنوز باکره هستند و در ۸۴٪ موارد علت باکره بودن، واژینیسم است که نشان دهنده شیوع بالای این اختلال می‌باشد (آرمیتاژ<sup>(۹)</sup>، ۱۹۸۸، به نقل از جرالده<sup>(۱۰)</sup> و اسکول<sup>(۱۱)</sup>، ۱۹۸۸). کار بالینی نیز نشان می‌دهد که این اختلال در ایران، از شیوع بالایی برخوردار می‌باشد و به نظر می‌رسد که یک اختلال وابسته به فرهنگ است.

در سبب شناسی ازدواجهای به وصال نرسیده، مسئله ناآگاهی زن و شوهر از مسایل جنسی به عنوان عامل تعیین کننده به شمار رفته است (بلازر<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۶۱، به نقل از فرتل<sup>(۱۳)</sup>، ۱۹۷۷). بررسی الیسون<sup>(۱۴)</sup>، (۱۹۷۲)، به نقل از همان جا) نیز نشان داده است که ۹۰٪ زنان مبتلا به واژینیسم، که درمان شده‌اند از اطلاعات نادرست یا ناکافی در زمینه آمیزش جنسی، برخوردار بوده‌اند. اسپنس<sup>(۱۵)</sup> (۱۹۹۱) نیز اطلاعات نادرست یا ناکافی و افکار و باورهای ناسازگارانه<sup>(۱۶)</sup>، در زمینه مسایل جنسی را از علل شایع این اختلال دانسته است.

درمانهای سنتی نادرست از جمله روان درمانی

بینش‌گرا، چندان تأثیری در این اختلال (واژینیسم) نداشته است. برخی از این افراد باور دارند که مشکل بدنی دارند و پیوسته به پزشکان گوناگون مراجعه می‌نمایند تا سرانجام توسط پزشک، مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند (برای برداشتن پرده بکارت<sup>(۱۷)</sup>). عمل جراحی در درمان این زنان، تأثیری نداشته و برای آنان زیان آور است، زیرا عمل جراحی سبب تقویت باورداشتهای آنان مبنی بر داشتن مشکل بدنی می‌گردد. ناکامی در درمان آنان را دچار خشم و ناامیدی نموده و تا مدتها برای درمان مراجعه نمی‌نمایند و این امر موجب بدتر شدن مشکل آنان گردیده و نیز روند درمانهای بعدی را با مشکل روبرو می‌کند.

مداخله‌های رفتاری در درمان اختلال فویبای جنسی تا اندازه‌ای موفق بوده‌اند، ولی اسپنس (۱۹۹۱) یادآور می‌شود که رویکرد شناختی - رفتاری در اختلالهای جنسی، رویکردی است که در ضمن اهمیت دادن به روشهای رفتاری به تغییر شناختهای ناسازگارانه فرد نیز می‌پردازد و بدین ترتیب درمان را به صورت یک درمان مؤثر و دراز مدت در می‌آورد.

این پژوهش با هدف بررسی میزان تأثیر شیوه‌های گوناگون شناختی - رفتاری در درمان اختلال فویبای جنسی زنان انجام شده است. شیوع نسبتاً بالای این اختلال در ایران، بالا بودن خطر جدایی، مشکلات زناشویی و روحی همچنین درمانهای نادرست رایج نیز از جمله دلایل انجام این پژوهش بوده است.

1-Reamy	2-Bancroft
3-unconsummated marriage	
4-virgin wives	5-Gelder
6-Gath	7-Mayou
8-Cowen	9-Armitage
10-Gerald	11-Scholl
12-Blazer	13-Fertel
14-Elison	15-Spence
16-maladaptive	17-hymenectomy

در این پژوهش با توجه به ابعاد اقتصادی، اجتماعی، مذهبی و فرهنگی آزمودنیهای پژوهش کاربرد این روشها بررسی شده است. حضرت رسول اکرم (ص) فرموده‌اند که: هر کس از دین من پیروی کند، باید سنت مرا بپذیرد. ازدواج و آمیزش زن و مرد با یکدیگر جزء سنت‌های من است (مطهری، ۱۳۶۱). از آنجا که بسیاری از روشهای درمانی بر اساس شرایط فرهنگی کشورهای غربی طرح ریزی شده‌اند، بررسی کارایی آنها در چارچوب فرهنگ کشور ما، ضروری به نظر می‌رسید.

## روش

طرح پژوهش حاضر با توجه به اصول طرحهای خط پایه چندگانه<sup>(۱)</sup> (بارلو<sup>(۲)</sup>، هرسن<sup>(۳)</sup>، ۱۹۷۶) پایه گذاری شده است تا فرضیه‌های پژوهش، بر اساس آن مورد ارزیابی قرار گیرند. در طرحهای خط پایه چندگانه، یک رفتار مشخص در افراد مختلف، برای بررسی برگزیده می‌شود. در پژوهش حاضر، ملاکهای خاصی برای انتخاب آزمودنیها مطرح بوده است: ۱- باکره باشند ۲- حداقل تحصیلات سیکل داشته باشند ۳- مدت زمان ابتلاء به این مشکل ۶ ماه تا ۳ سال باشد. در این پژوهش ۶ زوج (۳ زوج در گروه شناختی - رفتاری و ۳ زوج در گروه رفتاری) به طور غیر تصادفی انتخاب گردیدند که به طور تصادفی در یکی از ۲ گروه یاد شده قرار داده شدند. طول مدت درمان ۳-۲ ماه بود. آزمودنیها در طول ۱۰-۵ جلسه و به صورت یک یا دو جلسه در هفته تحت درمان قرار گرفتند. درمان شامل مراحل خط پایه، جلسه‌های درمانی (شناختی - رفتاری و رفتاری) و نیز مرحله پیگیری بود. نخست در مرحله خط پایه رفتار مورد نظر با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری پرسش نامه سنجش کنش جنسی، برگه روزنگار، مقیاس خودسنجی<sup>(۴)</sup> و مقیاس درجه بندی انگیزه زوجین به مدت ۲ هفته برای زوج اول از گروه شناختی - رفتاری و نیز گروه رفتاری، جداگانه تعیین

گردید. سپس مداخله درمانی انجام گرفت. با فاصله ۱۰ روز از زوج اول، زوج دوم وارد مرحله درمان گردید و به همین ترتیب به فاصله ۱۰ روز زوج سوم وارد مرحله درمان شد. مرحله پیگیری نیز با رعایت فاصله زمانی یاد شده صورت گرفت و در پایان نتایج مقایسه شدند. از آنجا که هر آزمودنی با فاصله ۱۰ روز از آزمودنی دیگر وارد مرحله درمان می‌گردید، متغیر مستقل با مشاهده تغییر در آزمودنی پس از درمان و عدم مشاهده تغییر در آزمودنی پیش از درمان، کنترل می‌شد. به منظور بررسی نتایج درمان، برای هر یک از نشانه‌های بیماران، نموداری تهیه شد که یافته‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل نمودارها، یافته‌های پژوهش را تشکیل می‌دهند.

ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش حاضر به شرح زیر بوده است:

۱- مصاحبه روانی: برای رسیدن به تشخیص دقیق، یک مصاحبه نیمه سازمان یافته، با تمام آزمودنیها و همسرانشان صورت گرفته که از ۲ قسمت تشکیل شده است:

الف) گرفتن تاریخچه بیماری و معاینه وضعیت روانی بیمار، با برداشتی از الگوی مصاحبه کتاب خلاصه روانپزشکی (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۵).

ب) ارزیابی شناختی - رفتاری برگرفته شده از روش ارزیابی شناختی - رفتاری ویلسون<sup>(۵)</sup> و همکاران (اسپنس، ۱۹۹۱) که شرحی از مشکل فعلی و تعیین کننده‌های آن، به دست می‌دهد.

۲- پرسشنامه سنجش کنش جنسی: این پرسشنامه دارای ۶ بعد، ۳۰ پرسش و ۵ مقیاس از ۲- تا ۲+ می‌باشد، که جنبه‌های شناختی - عاطفی و رفتاری فرد را نسبت به

1-multiple baseline design

2-Barlow

3- Hersen

4-Subjective Unit Distress (SUD)

5-Wilson

مسایل جنسی می‌سنجد. بعدها این پرسشنامه عبارتند از اطلاعات جنسی، کیفیت کلی ارتباط زن و شوهر مانند ارتباط غیر جنسی، مهارت‌های ارتباط جنسی، رضایت جنسی، مهارت‌های توجه - تمرکز، باورها و نگرش‌های جنسی. گفتنی است که باورها و نگرش‌های جنسی موجود در این پرسشنامه از یک پرسشنامه اولیه در برگیرنده رایج‌ترین باورها و نگرش‌های غیر منطقی زنان استخراج گردید. اعتبار محتوایی این پرسش نامه، توسط چند تن از اساتید تأیید شد و پایایی آن توسط پژوهشگر، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، ۰/۷۸ به دست آمد.

۳- روزنگار: این برگ برای یادداشت و گزارش شمار دفعات آمیزش جنسی با ذکر شکست یا موفقیت می‌باشد که توسط پژوهشگر تهیه گردیده است.

۴- مقیاس خودسنجی: این مقیاس برای سنجش میزان اضطراب فرد می‌باشد و از ۰-۱۰۰ درجه بندی شده است. بیمار هر یک از موقعیت‌های جنسی را بنا بر میزان تنش ناشی از آن، درجه بندی می‌کند. نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده بیشترین میزان تنش است. این شکل از گزارش شخصی در مورد بسیاری از واکنش‌ها که نشان دهنده احساس و برداشت خود فرد است، در پژوهش‌های بالینی پیرامون اختلال‌های اضطرابی کاربرد زیادی دارد، شواهد زیادی مبنی بر اعتبار آن در دست است و دارای همبستگی بالایی با سنجش تغییرات فیزیولوژیک اضطراب می‌باشد (تایر<sup>(۱)</sup>، پاپسدرف<sup>(۲)</sup>، دیویس<sup>(۳)</sup>، و الکورزا<sup>(۴)</sup>، ۱۹۸۴، به نقل از ونک<sup>(۵)</sup> و تایر، ۱۹۹۵).

۵- مقیاس درجه بندی میزان انگیزه زوجین: این مقیاس توسط پژوهشگر ساخته شده و میزان انگیزه زن و شوهر را نسبت به درمان بر اساس یک مقیاس درجه بندی شده ۰-۱۰، ارزیابی می‌کند. صفر نشانگر نداشتن انگیزه و ۱۰ نشانه انگیزه بسیار خوب می‌باشد. این مقیاس در مرحله خط پایه، توسط زن و شوهر تکمیل می‌گردد. پایایی این ابزار توسط پژوهشگر طی یک بررسی

مقدماتی، ۰/۸۵ به دست آمده است.

### یافته‌ها

نمودار ۱، شدت اضطراب جنسی آزمودنی‌های گروه شناختی - رفتاری (الف، ب، ج) و نمودار ۲، شدت اضطراب جنسی آزمودنی‌های گروه رفتاری (د، ه و) را نشان می‌دهد. همان طور که در نمودارها دیده می‌شود، منحنی تمام آزمودنی‌های یاد شده با ورود به مرحله درمان، سیر نزولی آشکاری نسبت به خط پایه داشته است و این سیر نزولی در مرحله پیگیری (تا ۲ هفته پس از درمان) نیز ادامه داشته است. میزان بهبودی آزمودنی‌های گروه شناختی - رفتاری و نیز گروه رفتاری در شدت اضطراب جنسی، به ترتیب ۶۹٪، ۵۷٪، ۷۲٪، ۴۸٪، ۵۲٪، ۵۵٪، بوده است. (نمودار ۱)

این یافته‌ها نشان می‌دهند که متغیر مستقل (درمان شناختی - رفتاری و درمان رفتاری) بر متغیر وابسته (اضطراب جنسی) تأثیر داشته و در آزمودنی‌های هر دو گروه، علی رغم تفاوت‌های فردی، فرض مثبتی بر تأثیر تکنیک‌های شناختی - رفتاری و نیز رفتاری در کاهش اضطراب جنسی زنان مبتلا به فوبیای جنسی تأیید می‌گردد. (نمودار ۲)

نمودار ۳، شناخت‌های سازگارانه آزمودنی‌های گروه شناختی - رفتاری (الف، ب، ج) را با روش تک موردی پله‌ای، نشان می‌دهد. همان گونه که نمودار نشان می‌دهد منحنی تمام آزمودنی‌های گروه شناختی - رفتاری، در مرحله درمان نسبت به مرحله خط پایه، سیر صعودی داشته است. (نمودار ۳)

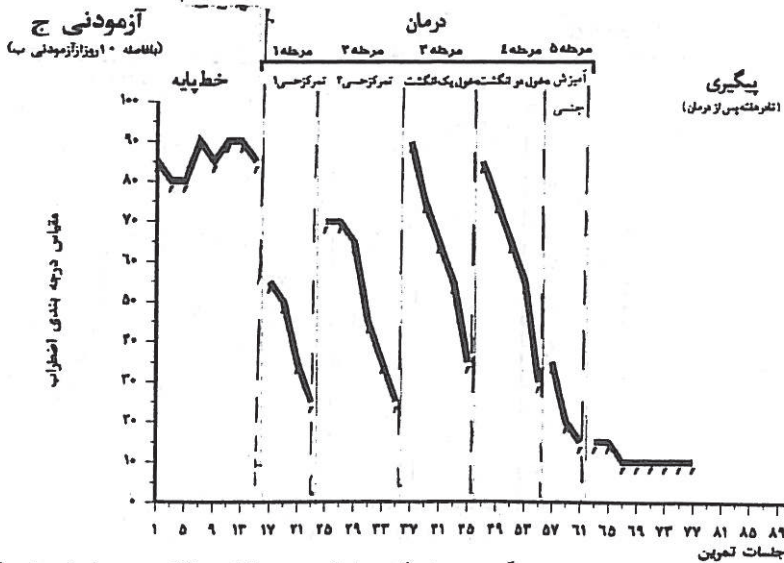
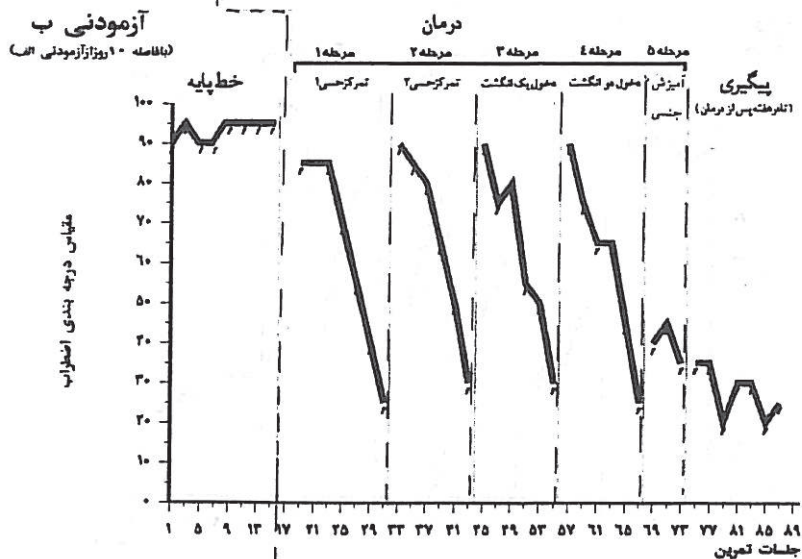
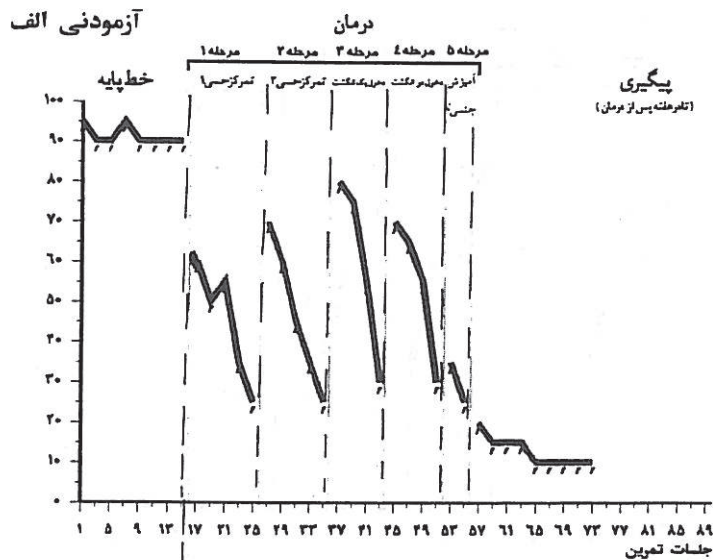
1-Thyer

2-Popsdorf

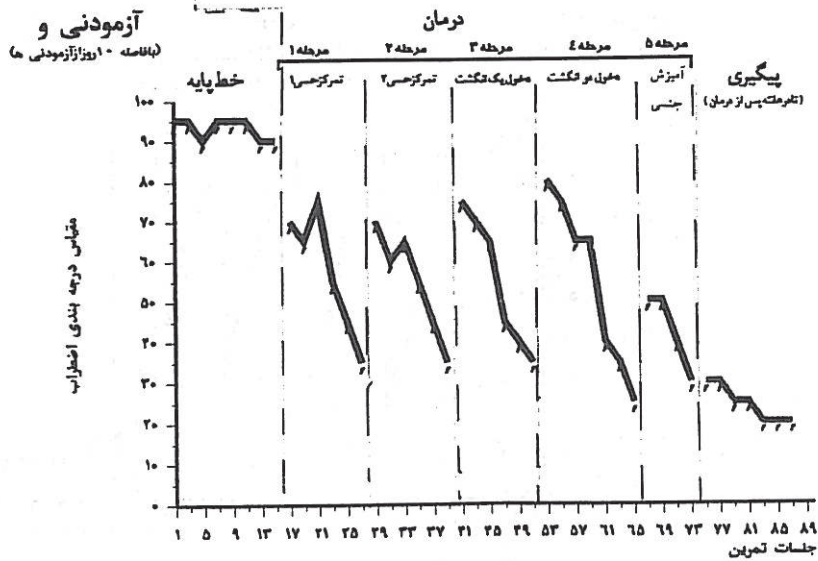
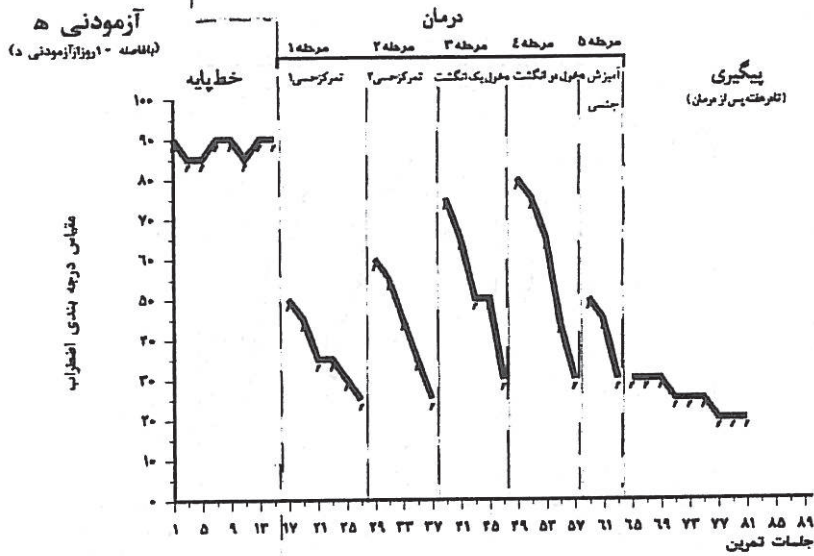
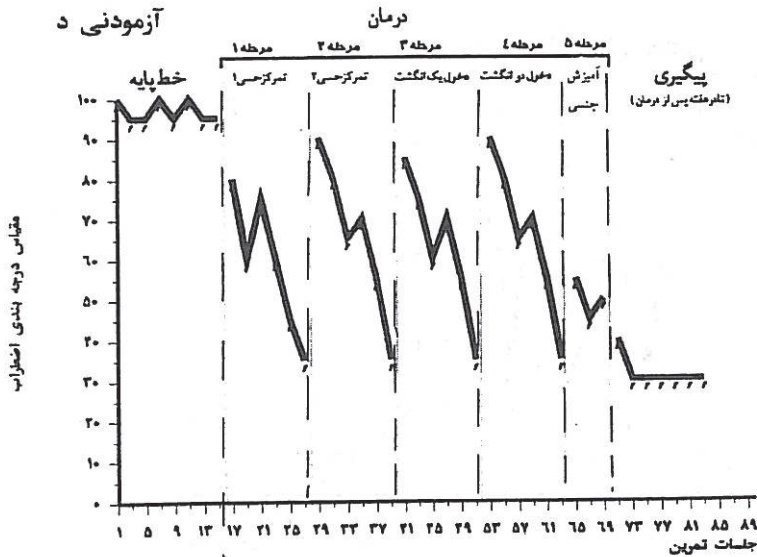
3-Davis

4-Vallecora

5-Vonk

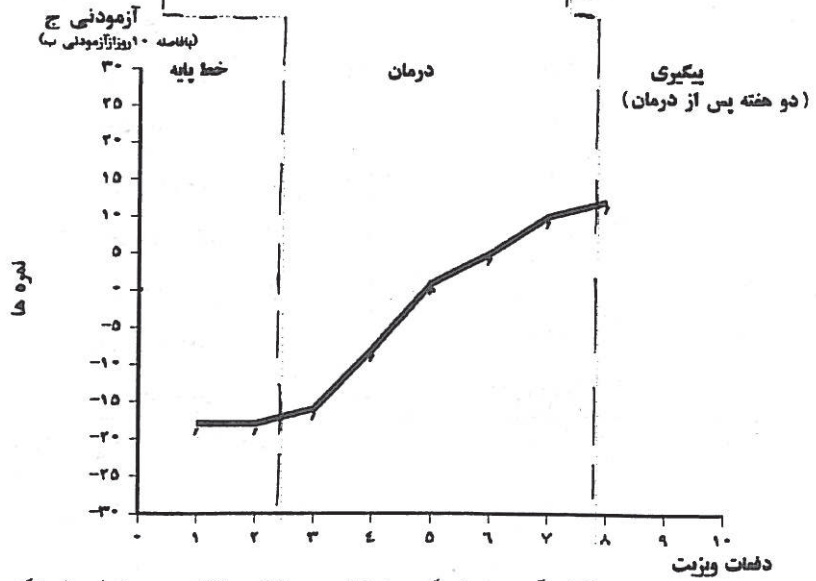
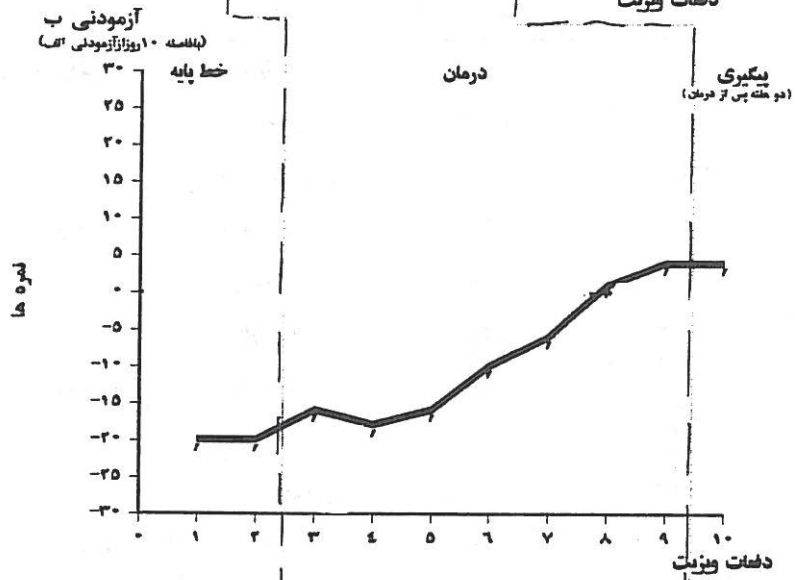
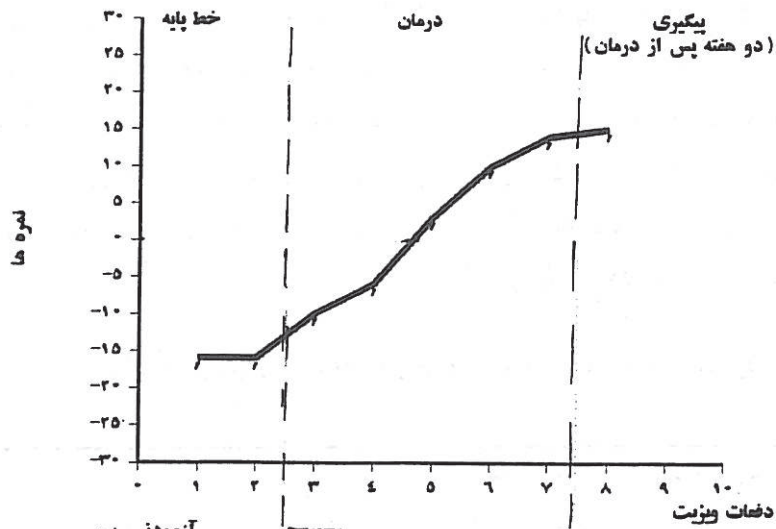


نمودار ۱- شدت اضطراب جنسی آزمودنیهای گروه شناختی - رفتاری (الف، ب، ج) با روش تک موردی پله‌ای



نمودار ۲- شدت اضطراب جنسی آزمودنیهای گروه رفتاری (د،ه) با روش تک موردی پله‌ای

آزمودنی الف



نمودار ۳- شناختهای سازگاران آزمودنیهای گروه شناختی - رفتاری (الف، ب، ج) با روش تک موردی پله‌ای

هم چنانکه بیان گردید، در مراحل ۴-۱ طبق دستور درمانگر؛ آمیزش جنسی قطع گردیده، ولی در مرحله ۵ تمام کوشش‌های آزمودنیها در انجام آمیزش جنسی، بر خلاف خط پایه با موفقیت انجام گردیده است و موفقیت آنها در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است. جدول ۱ نیز میزان بهبودی آزمودنیها را نشان می‌دهد. (نمودار ۴)

یافته‌های جدول ۱ نیز نشان می‌دهد که میزان بهبودی آزمودنیهای یاد شده در شناختهای ناسازگارانه به ترتیب، ۷۱٪، ۵۲٪ و ۶۳٪ بوده است. از این رو می‌توان گفت که متغیر مستقل (تکنیکهای شناختی - رفتاری) در آزمودنیهای یاد شده تأثیر داشته و فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر تکنیکهای شناختی - رفتاری در کاهش شناختهای ناسازگارانه زنان مبتلا به فوبیای جنسی تأیید گردید.

جدول ۱- مقایسه نمرات آزمودنیهای پژوهش در خط پایه و درمان، میزان بهبودی اضطراب جنسی و میزان موفقیت در آمیزش جنسی

تعداد دفعات موفقیت	نمره شناخت‌های سازگاران	میانگین شدت اضطراب جنسی	خط پایه و درمان	آزمودنیها	گروه رفتاری
۰	-۱۶	۹۱/۲	خط پایه	گروه شناختی- رفتاری آزمودنی الف	
۱۰	+۱۴	۲۷/۵	مرحله درمان	میزان بهبودی	
	۷۱٪	۶۹٪			
۰	-۲۰	۹۳/۱	خط پایه	آزمودنی ب	
۵	+۴	۴۰	مرحله درمان	میزان بهبودی	
	۵۲٪	۵۷٪			
۰	-۱۸	۸۶/۲	خط پایه	آزمودنی ج	
۸	+۱۰	۲۳/۳	مرحله درمان	میزان بهبودی	
	۶۳٪	۷۲٪			
۰	-۲۰	۹۶/۸	خط پایه	آزمودنی د	گروه رفتاری
۴	+۱	۵۰	مرحله درمان	میزان بهبودی	
	۴۳٪	۴۸٪			
۰	-۱۴	۸۸/۱	خط پایه	آزمودنی ه	
۸	+۴	۴۱/۶	مرحله درمان	میزان بهبودی	
	۴۵٪	۵۲٪			
۰	-۱۷	۹۵	خط پایه	آزمودنی و	
۶	+۲	۴۲/۵	مرحله درمان	میزان بهبودی	
	۴۴٪	۵۵٪			

$$\Delta A\% = \frac{A0 - A1}{A0}$$

# درصد بهبودی با استفاده از فرمول

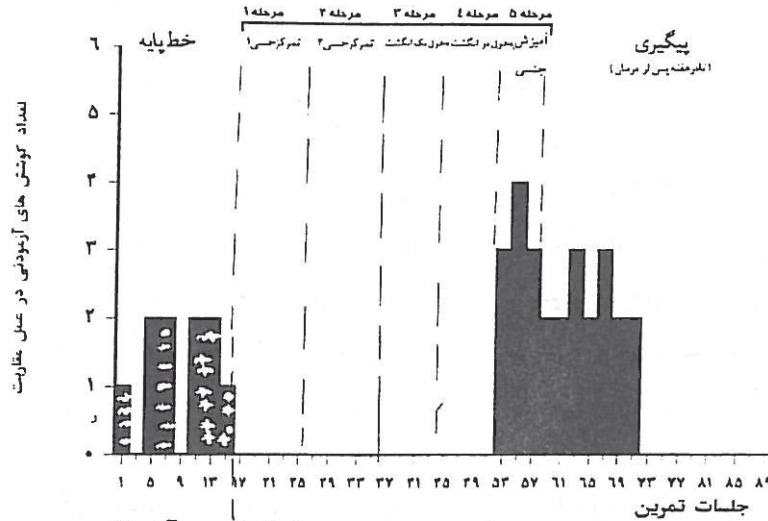
A0 اضطراب اولیه، A1 اضطراب در جلسه بعدی،  $\Delta A\%$  میزان تغییر

$$\frac{x2 - x1}{x1}$$

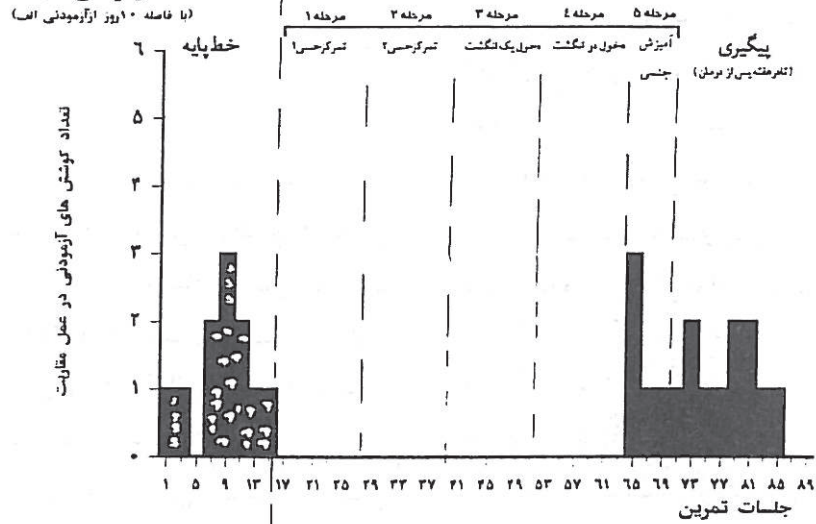
# درصد بهبودی در اجزای شناختی با استفاده از فرمول



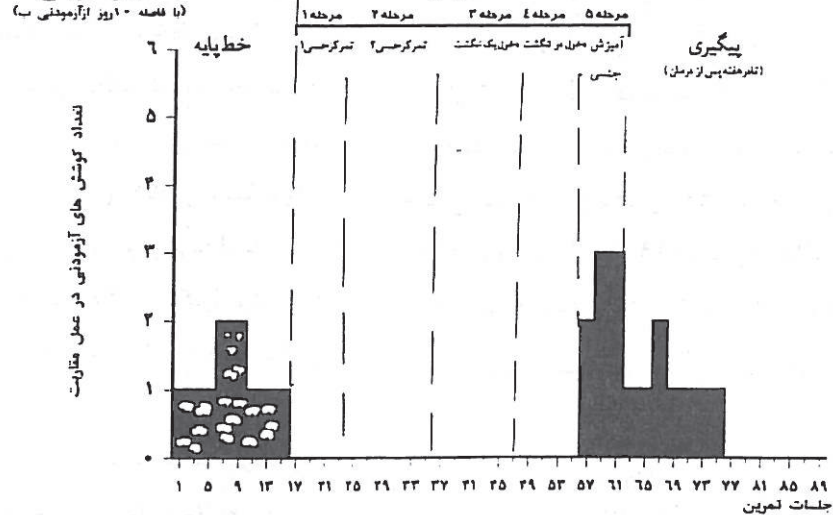
### آزمودنی الف



### آزمودنی ب



### آزمودنی ج



■ شکست  
■ موفقیت

نمودار ۴- تعداد دفعات شکست یا موفقیت در مقایسه در آزمودنیهای گروه شناختی - رفتاری (الف، ب، ج) با روش تک موردی پله‌ای

تعداد دفعات شکست یا موفقیت در آمیزش جنسی (آزمودنیهای گروه شناختی - رفتاری و نیز گروه رفتاری) به ترتیب در نمودار ۴ و ۵ آمده است. بر اساس نمودارهای بالا تمام کوشش‌های آزمودنیها، در انجام آمیزش جنسی در مرحله خط پایه با شکست همراه بوده، در مرحله درمان این یافته‌ها نشان می‌دهند که متغیر مستقل، یعنی درمان شناختی - رفتاری و نیز درمان رفتاری، در متغیر وابسته تأثیر مثبت داشته و مؤید فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر تکنیکهای شناختی - رفتاری و نیز رفتاری در برقراری آمیزش جنسی در زنان مبتلا به فوبیای جنسی بوده است. در مرحله پیگیری که تا ۲ هفته پس از درمان، ادامه داشته است هیچ‌گونه نشانه‌ای از عود بیماری، در آنها مشاهده نگردیده است. (نمودار ۵)

### بحث در یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر در تأیید نخستین فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی - رفتاری در کاهش اضطراب جنسی در زنان مبتلا به فوبیای جنسی بوده است (نمودار ۱ و جدول ۱). یافته‌ها نشان دادند که شدت اضطراب جنسی در این آزمودنیها (الف، ب، ج) نسبت به مرحله پیش از درمان کاهش یافته است.

با نگاهی به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که تمام آزمودنیها در مراحل گوناگون درمان به ویژه مرحله ۵ که آغاز آمیزش جنسی می‌باشد، نسبت به خط پایه کاهش چشمگیری در اضطراب جنسی داشته‌اند. این امر نشان می‌دهد که فرد، در آرام سازی خود (به ویژه شل نمودن عضلات ناحیه باسن و ران‌ها)، کاهش شناختیهای ناسازگارانه و غلبه بر ترس از دخول موفق بوده است.

این یافته با یافته‌های پژوهشی اسکول (۱۹۸۸) ویشی<sup>(۱)</sup> (۱۹۸۸) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) همخوانی دارد.

دومین فرضیه پژوهش این بود که درمان رفتاری موجب کاهش اضطراب جنسی در زنان مبتلا به فوبیای

جنسی می‌گردد.

نمودار ۲ و جدول ۱، نشان می‌دهند که شدت اضطراب جنسی بر اثر درمان رفتاری کاهش یافته است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهشی لازاروس<sup>(۲)</sup> (۱۹۶۳) نمتز<sup>(۳)</sup> و همکاران (۱۹۷۸) داوکینز<sup>(۴)</sup> (۱۹۶۱) فوکس<sup>(۵)</sup> (۱۹۷۵) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) و نیز جرالند و اسکول (۱۹۸۸) همخوانی دارد.

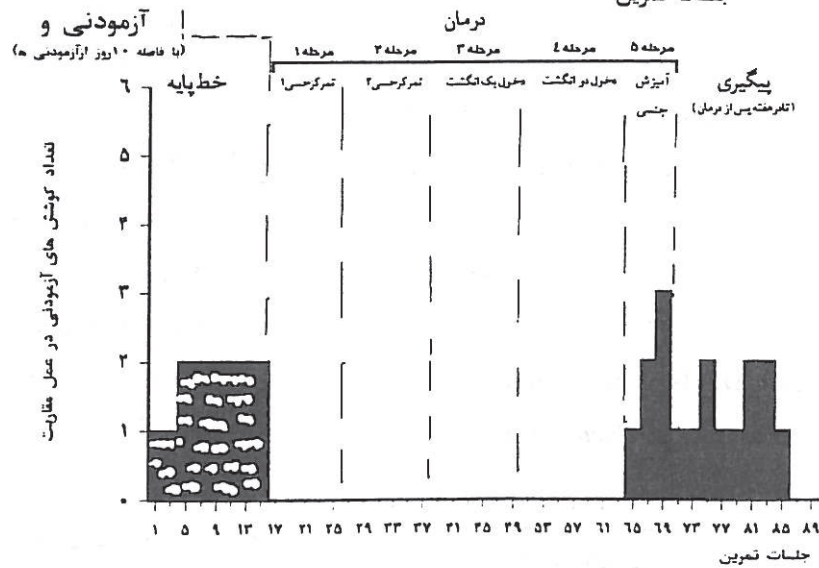
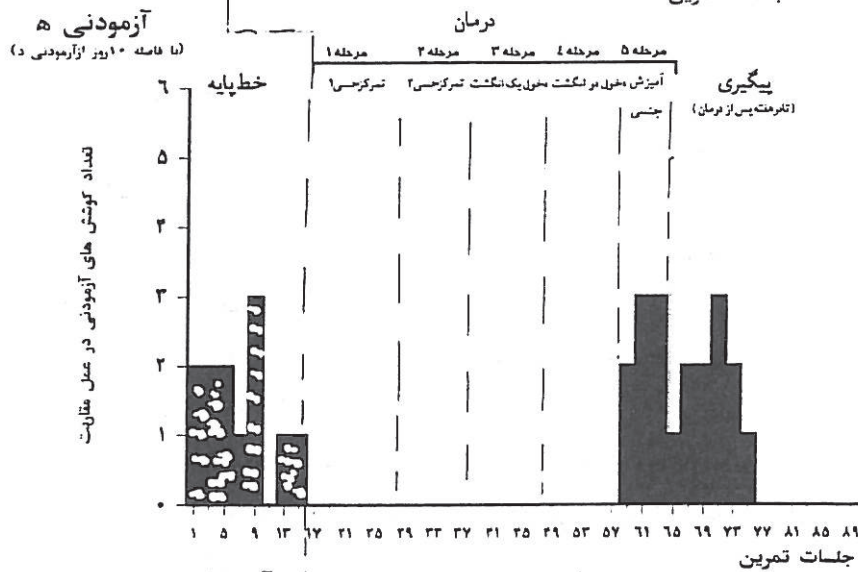
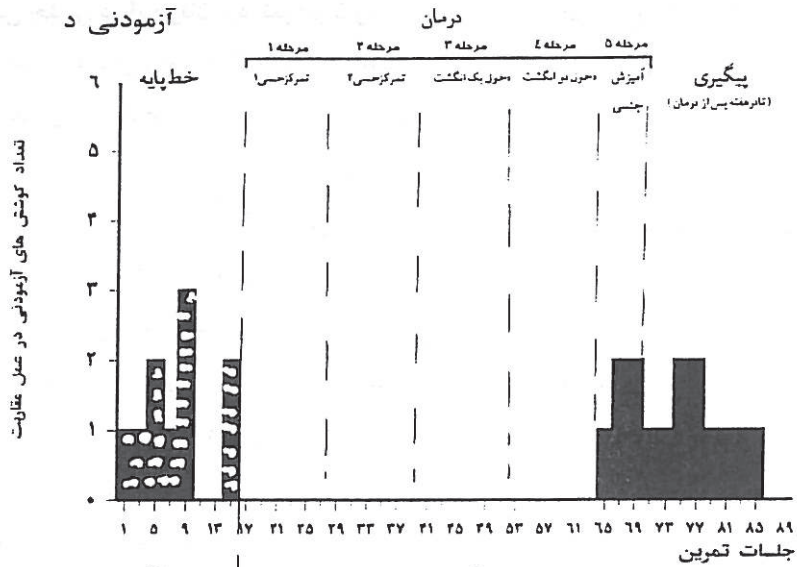
سومین فرضیه پژوهش آن بود که درمان شناختی - رفتاری موجب کاهش شناختیهای ناسازگارانه، در زنان مبتلا به فوبیای جنسی می‌گردد. یافته‌های ارائه شده در نمودار ۳ و جدول ۱ نشان دهنده تغییر شناختیهای سازگارانه آزمودنیهای یاد شده می‌باشد. آموزش زن و شوهر در زمینه افزایش دانش جنسی و اصلاح باورها و نگرشها، موجب تغییر شناخت در این آزمودنیها گردیده و افزایش چشمگیری در شناختیهای سازگارانه نسبت به خط پایه داشته‌اند. بدین ترتیب فرضیه یاد شده تأیید می‌گردد. در رابطه با سودمندی بازسازی شناختی، نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، با نتایج پژوهشهای اسپنس (۱۹۹۱) و نیز اسکول و ویشی (۱۹۸۸) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱)، لیسندسی<sup>(۶)</sup> و پاول<sup>(۷)</sup> (۱۹۹۵)، به نقل از دیسلاوا<sup>(۸)</sup> (۱۹۹۵) همخوانی دارد.

چهارمین فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر روش درمان شناختی - رفتاری در برقراری آمیزش جنسی در زنان مبتلا به فوبیای جنسی مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۱ و نمودار ۴). همان‌گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد تمام آزمودنیها پس از ارائه درمان، موفق به انجام آمیزش جنسی شده‌اند. این یافته پژوهش با یافته پژوهشی اسپنس (۱۹۹۱) و اسکول (۱۹۸۸) همخوانی داشته است.

آخرین فرضیه پژوهش تأثیر تکنیکهای رفتاری در

1-Bishay  
3-Nemtez  
5-Fuchs  
7-Powell

2-Lazarus  
4-Dawkins  
6- Lindsay  
8-De Silva



تکست  
موفقیت

نمودار ۵- تعداد دفعات شکست یا موفقیت در عمل مقابله در آزمودنیهای گروه رفتاری (د،ه،و) با روش تک موردی پله‌ای

برقراری آمیزش جنسی در این زنان بود. نمودار ۵ و جدول ۱، نشان می‌دهند که تمام آزمودنیهای گروه رفتاری با ورود به مرحله درمان، موفق به انجام آمیزش جنسی شده‌اند که با یافته‌های پژوهشی ونک (۱۹۹۵)، مسترز<sup>(۱)</sup> و جانسون<sup>(۲)</sup> (۱۹۷۰)، کاپلان (۱۹۷۴) و نیز کلدنی<sup>(۳)</sup> (۱۹۸۱) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) همخوانی داشته است. از آنجا که پژوهش حاضر، احتمالاً در شمار نخستین پژوهشهای انجام شده از این نوع در کشور ما می‌باشد از بسیاری جهات، ممکن است با نواقص و محدودیت‌هایی به شرح زیر رو به رو باشد، که در تعمیم نتایج و همچنین پژوهشهای احتمالی در آینده، باید به آنها توجه داشت.

۱- با توجه به محدودیت زمانی در رابطه با بیماریابی و همسازی آزمودنیها، بهتر است این بررسی‌ها به صورت گروهی و با هماهنگی با متخصصین «زنان و مامایی» صورت گیرد تا مشکل بیماریابی کم شود.

۲- در صورت در دسترس بودن بیماران و اختصاص دادن آنها به گروههای مختلف با روشهای درمانی جداگانه از جمله درمان جراحی که در ایران بسیار رواج دارد، بهتر می‌شد نتایج درمان را با هم مقایسه نمود.

۳- علی‌رغم استفاده از مقیاسهای یاد شده برای اندازه‌گیری متغیرهای گوناگون بنظر می‌رسد که به کاربردن بیش از یک مقیاس برای اندازه‌گیری هر متغیر و مقایسه یافته‌ها، موجب کاهش برخی عوامل مداخله‌گر می‌گردد.

۴- با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان، امکان طرح برخی پرسشها در پرسشنامه نبود و این مسئله موجب کاهش پایایی پرسشنامه می‌گردد، از این رو ناچار شدیم برای رسیدن به پایایی بهتر، پرسشهای مربوط به موضوعهای گوناگون (مانند رضایت زناشویی، مهارتهای ارتباط جنسی، مهارتهای تمرکز - توجه) را با یکدیگر ترکیب نماییم.

۵- به کارگیری خدمات روان‌شناسی و روان‌پزشکی در مراکز زنان و زایمان در کشور، می‌تواند نقش موثری در

رفع سریع علایم داشته باشد.

۶- تشکیل کلاسهای آموزشی برای ارائه اطلاعات درست به دختران و پسران آماده ازدواج، در چارچوب شرایط فرهنگی و مذهبی کشورمان و نیز آموزش پزشکان، ماماها و کارشناسان پرستاری و بهداشت می‌تواند در پیشگیری این اختلال، نقش مؤثری داشته باشد.

### سپاسگزاری

نگارندگان از همکاری‌های ارزنده آقای دکتر محمد نقی براهنی در اجرای پژوهش قدردانی می‌نمایند.

### منابع

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۵). خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه نصرت‌ا... پورافکاری. تبریز: شهرآب.  
مطهری، مرتضی (۱۳۶۱). اخلاق جنسی در اسلام و جهان غرب. قم: انتشارات صدرا.

- Bancroft, J. (1983). *Human sexuality and its problems*. London: Churchill Livingstone.
- Barlow, D.H., & Hersen, M. (1976). *Single case experimental designs, strategies for studying behaviour change*. Pergamon Press.
- De Silva, P. (1995). Sexual dysfunction. In S.J.E. Lindsay and G.E. Powell (Eds.), *The handbook of clinical and adult psychology* (3rd ed. P.P. 199-288). London: Routledge.
- Fertel, N.S. (1977). Vaginismus: A review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3, 113-21.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P.H. (1996). *Oxford textbook of psychiatry* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Gerald, M., Scholl, M.D. (1988). Prognostic variables in treating vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 72, 231-35.
- Kaplan, H.I.(1974). *The new sex therapy:Active treatment ofsexual dysfunction*. New York: Brunner/ Mazel.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E.(1970). *Human sexuality inadequacy*, Boston: Little Brown.
- Reamy, K. (1984). Sexual counseling for the non therapist. *Clinical Obstetrics and Gynecology*; 27, 781-8.
- Spence, S.H. (1991). *Psychosexual therapy: A cognitive behavioural approach*. London: Champan & Hall.
- Vonk, M.E., & Thyer, B.A.(1995). Exposure therapy in the treatment of vaginal penetration phobia: A single case evaluation. *Journal of Behavior Therapy & Experimental*, 26, 345-63.
-