

اختلال ارگاسم زیر مجموعه ای از کژ کاری‌های جنسی در زنان و بهبود آن

بیمانه نعمتی^{۱*}، علی محمد نظری^۲

^۱ دانشکده روانشناسی، دانشگاه آکادمی علوم ارمنستان

^۲ دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

چکیده:

سابقه و هدف: ناتوانی در رسیدن به ارگاسم، یا تأخیر ناراحت کننده در دستیابی به ارگاسم که موجب پریشانی شخصی یا مشکل میان فردی قابل ملاحظه ای می‌شود، در این تحقیق بررسی گردید.

روش بررسی: این پژوهش کار آزمایی بالینی همراه با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود و برای سنجش آن از پرسشنامه رضایت جنسی گلوبوک راست استفاده گردید. نمونه مورد مطالعه، ۲۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مرکز روان شناسی و مشاوره زندگی برتر واقع در کرج بود. نتایج بدست آمده از آزمون‌ها، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های **chi-square** و **t-test** تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: با توجه به نتایج به دست آمده از پرسشنامه گلوبوک راست، میانگین نمرات اختلال ارگاسم گروه آزمایش در پس -آزمون (۳.۷۰) به طور معنی داری کمتر از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل (۱۳.۸۰)، بود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: در مجموع درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلال ارگاسم شرکت کنندگان در گروه آزمایش تأثیر به سزایی داشته است و باعث کاهش اختلال ارگاسم در گروه آزمایش گردیده است و به عنوان یکی از روش‌های درمانی مؤثر می‌تواند در بهبود افراد مبتلا استفاده شود.

واژگان کلیدی: اختلال ارگاسم، کژ کاری‌های جنسی، زنان

مقدمه

یکی از انواع اختلالات جنسی می‌باشند و بیشترین شکایات گزارش شده مربوط به مشکلات ارگاسم و میل جنسی می‌باشد (۲ و ۳).

ناتوانی در رسیدن به ارگاسم، یا تأخیر ناراحت کننده در دستیابی به ارگاسم، اختلال ارگاسمی در زن را تشکیل می‌دهد. این اختلال موجب پریشانی شخصی یا مشکل میان فردی قابل ملاحظه می‌شود. برخی زنان در تمام موقعیت‌ها نمی‌توانند به ارگاسم برسند؛ برای برخی دیگر، این مشکل موقعیتی است. آن‌ها ممکن است بتوانند به وسیله‌ی خود تحریکی یا به کمک شریک جنسی که به رفتارهای جنسی غیر از آمیزش می‌پردازند، به ارگاسم برسند (۴).

بر پایه نظام طبقه بندی چهارمین راهنمای تجدید نظر شده آماری و تشخیصی اختلالات روانی، اختلال کنش جنسی از اختلالات محور یک می‌باشد (۵).

در متن تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلالات جنسی شامل کژ کاری‌های جنسی، نابهنجاری‌های جنسی و اختلال‌های هویت جنسی می‌باشند. کژ کاری‌های جنسی شامل موارد زیر هستند: اختلال‌های میل جنسی (اختلال میل جنسی کم کار، اختلال بی‌زاری جنسی)، اختلال‌های انگیختگی جنسی (اختلال انگیختگی جنسی در زن، اختلال نعوظی در مرد)، اختلال‌های مربوط به اوج لذت جنسی (اختلال ارگاسم در زن، اختلال ارگاسم در مرد، انزال زودرس)، اختلال‌های درد جنسی (مقاربت دردناک، واژینیسم)، کژ کاری جنسی ناشی از مواد و اختلال جنسی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است (۱). تقریباً ۴۵٪ از خانم‌ها حداقل دارای

جدید دامن می‌زند. رابطه‌ی جنسی به منزله‌ی مینیاتور رابطه‌ی عمومی است (۱۴).

پاسخ جنسی یک تجربه‌ی روانی فیزیولوژیک واقعی است. انگیزتگی هم با محرک‌های روانی ایجاد می‌شود و هم با محرک‌های جسمی. میزان تنش هم از لحاظ فیزیولوژیک تجربه می‌شود و هم از لحاظ هیجانی و با ارگاسم به طور طبیعی، ادراک ذهنی، اوج کنش جسمی و تخلیه وجود دارد (۱۵).

پاسخ جنسی در زنان به دخالت عوامل متعدد روحی-روانی، محیطی و فیزیولوژیک بستگی دارد. اولین مرحله‌ی پاسخ جنسی تمایل است و به دنبال آن چهار مرحله‌ی مهم انگیزتگی، فلات، ارگاسم و فرو نشینی روی می‌دهد. نخستین بار مسترز و جانسون در سال ۱۹۹۶، چهار مرحله‌ی مختلف را برای پاسخ جنسی انسان توضیح دادند و سپس هلن کابلان در سال ۱۹۷۴ و ۱۹۹۳ مدل بالا را برای استفاده‌ی کلینیکی و تشخیصی اختلالات جنسی تعدیل کرد.

مراحل پاسخ جنسی انسان از نظر مسترز و جانسون به شرح زیر است:

الف-مرحله‌ی انگیزتگی

این مرحله متعاقب تحریک جنسی که می‌تواند فیزیکی، روانی یا هر دو باشد، ایجاد می‌شود. این مرحله به وسیله‌ی سیستم عصبی پاراسمپاتیک ایجاد می‌شود و باعث ایجاد احساس‌های شهوانی و مرطوب شدن واژن و افزایش احتقان عروقی می‌شود. علاوه بر احساس تنش جنسی، افزایش ضربان قلب، تنفس سریع، افزایش فشار خون، احساس گرمای عمومی، پر خونی پستان‌ها، انقباض عمومی عضلات بدن، برجسته شدن نوک پستان‌ها و پر عروق شدن پوست می‌شود (۴).

در مرحله‌ی انگیزتگی جریان خون با مهبل ۱/۵ تا ۴ برابر افزایش می‌یابد و این فرایند در حدود یک ثانیه روی می‌دهد. چنین سرعتی نشانگر آن است که این فرایند با دخالت اعصاب رگ‌های خونی صورت می‌گیرد، به طوری که گشاد شدن و پر خون شدن رگ‌های خونی مهبل سبب تجمع بالاتری از خون در آن می‌شود. لیز شدن مهبل بر اثر فعالیت غدد بارتولن و ۱۰ تا ۳۰ ثانیه پس از آغاز تحریک جنسی مشاهده می‌شود (۱).

اختلالات جنسی از شیوع بالایی برخوردارند و بیماران بسیاری از این اختلال رنج می‌برند (۸-۶). در ایران بر اساس مطالعه و همه گیر شناسی که سفری نژاد و همکاران در سال ۲۰۰۳ میلادی بر روی ۲۶۲۸ زن ۲۰ تا ۶۰ ساله انجام دادند به این نتیجه رسیدند که از این تعداد شرکت کننده، ۳۱/۵٪ (۷۵۹ نفر) دارای حداقل یکی از کژ کاری‌های جنسی بوده‌اند. به عبارتی دیگر ۳۷٪ از آنان دارای اشکال در ارگاسم، ۳۵٪ مشکل در تمایل جنسی و ۳۰٪ از آنان در برانگیزتگی جنسی دارای مشکل بوده‌اند و هر چه سن آن‌ها افزایش پیدا می‌کرد، مشکلاتشان نیز افزایش می‌یافت (۹). این اختلال پیچیده و متأثر از عوامل فیزیکی، روان شناختی و اجتماعی می‌باشد (۱۰). داشتن آن حتی به مدت کوتاه می‌تواند باعث به وجود آمدن ناراحتی و غم و اندوه شود و در صورت مزمن شدن منجر به اضطراب و افسردگی و آسیب به ارتباطات بین فردی و پرخاشگری و ایجاد مشکلات در دیگر جنبه‌های زندگی فرد شود (۱۱ و ۱۲). نداشتن آموزش‌های کافی در باره فعالیت‌های جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی، پیش نوازش ناکافی، ناسازگاری در ارتباطات به طور کلی، باورهای جنسی نادرست، ارتباط ضعیف درباره‌ی نیازها یا اضطراب‌های جنسی هر یک از طرفین، وجود اختلال جنسی در شریک جنسی، اضطراب در مورد عملکرد جنسی و ترس از عدم موفقیت در رابطه‌ی جنسی، روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدود کننده‌ی والدین، داشتن تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج، احساس گناه درباره‌ی آمیزش جنسی و مغایرت داشتن آن با مذهب، اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین عوامل روان شناختی در اختلال کنش جنسی می‌باشد (۱۳).

وجود جو دائمی خشم و عصبانیت بین زوجین فرصت‌های شیرین و رمانتیک را سلب کرده مجالی برای تحریک هوس جنسی و برقراری رابطه‌ی جنسی نمی‌گذارد. علاوه بر پرخاشگری آشکار، خشم فرو خفته و نفرت ناگفته نیز به مشکلات جنسی می‌انجامد. ناتوانی از آشکار سازی خشم و نفرت، یک یا هر دو زوج به قهر کردن، سکوت طولانی و یا نشان دادن ظاهری مؤدب و آرام اما باطنی پر تاب و تنش متوسل می‌شوند. مشکلات جنسی به سادگی در متن یک رابطه‌ی زناشویی سست و لرزان پدیدار می‌شود، متقابلاً مشکل جنسی به معضلات رابطه‌ی ای

ب- مرحله‌ی فلات

در این مرحله رگ‌های ثلث خارجی دیواره‌ی مهبل پر خون تر و مجرای مهبل تقریباً به میزان ۳۰ درصد یا بیشتر تنگ می‌شود. این حالت واکنشی را پدید می‌آورد که مسترز و جانسون آن را سکوی اوج لذت جنسی نامیده‌اند. در صورت آمیزش در این مرحله سطح تماس احلیل مرد با دیواره‌ی مهبل بیشتر می‌شود و مهبل زن به خوبی احلیل را در بر می‌گیرد. به علاوه لیز شدگی مهبل در این مرحله نسبت به مرحله‌ی انگیختگی کاهش می‌یابد. در مرحله‌ی فلات افزایش حجم کلیتوریس بیشتر می‌شود. ضخامت لب‌های کوچک فرج بیشتر می‌شود و در نتیجه لب‌های بزرگ را بیشتر از هم دور می‌کند و از این راه دسترسی به دهانه‌ی مهبل آسان‌تر می‌گردد. تنفس سریع‌تر می‌شود و ضربان قلب و فشار خون بالا می‌رود، گلگون شدن پوست بیشتر شده و به روی ران‌ها، ناحیه‌ی پشت کفل و حتی صورت نیز گسترش می‌یابد. به علاوه در اواخر این مرحله تنش ماهیچه‌ای در سرتاسر بدن افزایش می‌یابد (۱۶).

ج- مرحله‌ی اوج لذت جنسی

ارگاسم یک انقباض عضلانی است که به وسیله‌ی سیستم عصبی سمپاتیکی ایجاد می‌شود. در این مرحله فرد احساس رهایی ناگهانی از انقباضی را که در طی مراحل قبلی ایجاد شده بود، می‌نماید. این مرحله، لذت بخش‌ترین بخش احساس جنسی است. در این هنگام ۳ تا ۵ انقباض منظم در عضلات واژن، پرینه، مقعد و پلکان ارگاسم ایجاد می‌شود، که هر کدام ۰/۸ ثانیه به طول می‌انجامد و به رحم می‌رسد (۱۷).

در این مرحله، متناسب با شدت تجربه‌ی اوج لذت جنسی، تعداد تنفس ممکن است به ۴۰ بار در دقیقه برسد. همچنین تعداد ضربان قلب و میزان فشار خون از مرحله‌ی قبل بالاتر رفته و به بیشترین حد می‌رسد. تعداد ضربان قلب نزدیک به ۱۰۰ تا ۱۸۰ بار در دقیقه می‌رسد (۱۶).

د- مرحله‌ی فرو نشینی

پس از ارگاسم، زن احساس آرامش می‌کند که همراه با از بین رفتن انقباض عضلاتش می‌باشد. تغییرات فیزیولوژیک دوران انگیختگی برعکس شده و بدن به وضعیت استراحت باز می‌گردد. رحم کاملاً پایین آمده، کلیتوریس و پلکان ارگاسم به حالت

عادی بر می‌گردند و پر خونی واژن و لب‌ها از بین می‌رود. تمام این رخ داده‌ها حدود ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد (۱۷). در حال حاضر از کاراترین درمان‌ها، درمان رفتاری است که بیشتر بر اساس حساسیت زدایی منظم است، اما در این رویکرد درمانی، نگرش‌ها و تفکرات جنسی و باورهای فرد در مورد سکس خیلی مورد کاوش قرار نمی‌گیرد. از آن جا که نگرش‌ها و تفکرات جنسی، بر عملکرد جنسی فرد تأثیر می‌گذارد این امر ضرورت بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری را بر این گونه اختلالات بیشتر می‌کند. طی تحقیقات صورت گرفته نشان داده شده است که تکالیف شناختی، پردازش شناختی، آموزش جنسی، تکالیف رفتاری و بازسازی شناختی می‌توانند به عنوان تکنیک‌های اثر بخش در درمان این گونه اختلالات مورد استفاده قرار گیرند (۱۶). در درمان شناختی، درمانگران فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیکی می‌دانند. تفکر منفی در مورد فعالیت جنسی علائم را تشدید و دائمی می‌کند. بنابراین کشف این خود تلقینی‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند (۲۰-۱۸).

درمان قابل استفاده برای افراد گرفتار به اختلال‌های جنسی، به دنبال انتشار کتاب مسترز و جانسون تحت عنوان «نارسایی جنسی» در انسان تغییر بنیادی پیدا کرد. در این کتاب، رویکرد جدید و منظمی توضیح داده شده بود که بعد از آن به عنوان درمان جنسی نامیده شد و اساس اولیه درمان شناختی رفتاری را پدید آورد. از زمان پیدایش آن تاکنون، رشد و تحول بنیادی در این شیوه‌ی درمانی پیدا شده است، به ویژه انعطاف پذیری و تنوع رویکردها و در مراحل بعدی، تأکید بر جنبه‌های شناختی (۲۱). درمان شناختی رفتاری برای اختلال ارگاسم در زنان بر این هدف است تا بهبود و تغییرات در نگرش‌ها و افکار مربوط به مسائل جنسی همراه با کاهش اضطراب و افزایش توانایی در ارگاسم و رضایت جنسی، به وجود آورد که به همراه تمرین‌های رفتاری مانند تمرکز حسی، حساسیت زدایی منظم، آموزش جنسی، مهارت‌های ارتباطی و تمرینات کیگل می‌باشد (۲۲).

هدف درمان شناختی رفتاری تغییر در نگرش و تفکرات مربوط به سکس و کاهش اضطراب می‌باشد (۲۳).

سه اصل از عناصر سازنده‌ی برنامه‌ی درمانی، عبارتند از:

با در نظر گرفتن مشکلات و معضلات عدیده ای که در خانواده و اجتماع به واسطه‌ی این گونه اختلالات به وجود می‌آید و با توجه به میزان شیوع آن‌ها و همچنین به دلیل مطالعات اندک صورت گرفته در ایران در امور جنسی و همچنین عدم وجود روش درمانی جامع برای حل این گونه مسایل، تأثیر مشاوره‌ی شناختی رفتاری بر اختلال ارگاسم در زنان به عنوان زیر شاخه‌ی ای از کژ کاری‌های جنسی، به عنوان هدف در این تحقیق مورد نظر واقع شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در تحقیق حاضر مداخله‌ی درمانی بر گروه آزمایش اجرا گردید، در صورتی که گروه گواه هیچ مداخله‌ی را دریافت نکرد. جامعه‌ی این تحقیق شامل زنان دارای اختلال ارگاسمی مراجعه کننده به مرکز مشاوره و روان‌شناسی زندگی برتر واقع در کرج که تشخیص اختلالات جنسی توسط پزشک متخصص زنان و پزشک متخصص اعصاب و روان در مورد آن‌ها به عمل آمده، می‌باشد. نمونه‌ی آماری این مطالعه ۲۰ نفر (زن) بودند که به طور تصادفی به دو گروه آموزشی و لیست انتظار تقسیم شدند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود و شامل افرادی بود که برای درمان مشکلات جنسی خود به مرکز مشاوره و روان‌شناسی زندگی برتر مراجعه کردند.

برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که تمامی اطلاعات دریافت شده از آن‌ها به صورت محرمانه خواهد بود و نامی از آن‌ها عنوان نخواهد شد. تمامی شرکت کنندگان رضایت کامل از حضور در جلسات مشاوره را اعلام نمودند و همگی تا پایان جلسات مشاوره حضور فعالی داشتند.

پرسشنامه‌ی جمعیت شناختی شامل اطلاعات مربوط به سن، وضعیت اقتصادی، تحصیلات و شغل افراد. پرسشنامه‌ی رضایت جنسی گلوبوک راست در سال ۱۹۸۶ توسط سوزان گلوبوک و جان راست تهیه گردید که شامل دو فرم جداگانه برای مردان و زنان می‌باشد. هر یک از پرسشنامه‌ها دارای ۲۸ سؤال است که مشکلات جنسی آزمودنی‌ها را در هفت زمینه بر حسب مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۴ می‌سنجد. این مقیاس‌ها شامل نا

۱- تکلیف خانوادگی گام به گام، که در سرتاسر دوره‌ی درمان ارائه می‌شود.

۲- مشاوره (شامل جنبه‌های شناختی درمان) که هر بار با موانعی در اجرای برنامه‌ی تکالیف خانوادگی، پیش بیاید ضرورت پیدا می‌کند.

۳- آموزش، که در سرتاسر درمان اتفاق می‌افتد و می‌تواند در مرکز توجه جلسه درمانی خاصی نیز قرار گیرد (۲۱).

پروتکل نحوه‌ی اجرای جلسات مشاوره به شرح زیر می‌باشد:

۸ جلسه به صورت انفرادی، هفته‌ای دو بار به مدت ۴۵ دقیقه برای آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد. هدف از جلسه‌ی اول مشاوره‌ی فردی، مصاحبه و ارزیابی جزئیات نحوه‌ی نزدیکی و تعیین مشکل اصلی و سیر بیماری بود. در این مرحله تا تعیین دقیق مشخصات مشکلات مراجعه کننده و انطباق آن با معیارهای تشخیصی به سؤالات ادامه داده می‌شد. هدف جلسه‌ی دوم آشنایی با افکار و عقاید منفی که باعث بروز احساسات منفی نسبت به مسائل جنسی می‌شد، در نظر گرفته شد. در طی این جلسه به آزمودنی آموزش مهارت‌های ارتباطی، ارائه‌ی اطلاعات و آموزش جنسی و همچنین تشخیص باورها و افکار غیر منطقی و انجام تکالیف داده شد. بازسازی شناختی رأس کار ما در طی جلسه‌ی سوم مشاوره قرار گرفت که در طی آن به مرور تکالیف قبل، بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی نوع اول و ارائه‌ی تکلیف پرداخته شد. جلسه‌ی چهارم به تمرکز حسی نوع دوم و آموزش تمرینات kegel اختصاص داده شد، این تمرین‌ها در عین سادگی از مؤثرترین روش‌ها می‌باشد. در جلسه‌ی پنجم دخول بدون ارگاسم و خود تحریکی و دادن تکالیف به عنوان هدف اصلی مشاوره صورت گرفت. هدف از جلسه‌ی ششم، ارگاسم در حضور همسر و اجرای برخی تکالیف بود (۲۶-۲۴). در جلسه‌ی هفتم مشاوره‌ی فردی، نزدیکی و ارگاسم هدف اصلی بود و سرانجام در جلسه‌ی هشتم، مطالب مطرح شده در کل جلسات مشاوره، جمع بندی و نتیجه‌گیری شد. هر یک از آزمودنی‌ها با توجه به مشکلی که داشت در هر یک از این مراحل مشاوره قرار می‌گرفت. هدف از اجرای جلسات این بود که ما از طریق بهبود اختلالات جنسی بتوانیم اضطراب ناشی از عملکرد بد جنسی را کاهش دهیم و در نهایت باعث افزایش ارگاسم در مراجعه کنندگان شویم.

که تمامی اعضای انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش به صورت انفرادی و هفته ای یک جلسه تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. مدت هر جلسه ۴۵ دقیقه بود. پس از ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری دوباره در یک جلسه عمومی، آزمودنی‌ها به سؤالات پس آزمون پاسخ دادند. معیار های ورود بیماران به مطالعه شامل: ۱- علت اختلال جسمانی نبوده و پزشک مربوط علت را به مسایل روانی ارتباط دهد. ۲- سن مراجعین زیر ۴۰ سال باشد ۳- دارای این اختلال در سطح بالایی باشد. معیار های خروج از مطالعه شامل: ۱- بیمار قادر به تحمل روش درمانی CBT نباشد. ۲- بیمار با روان شناس همکاری نکند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS، آمار توصیفی، آزمون‌های آماری t -test و t -test paired استفاده شد.

یافته‌ها

با توجه به نتایج بدست آمده از پرسشنامه دموگرافیک مشخص گردید میانگین سنی گروه آزمایش ۲۸/۹ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۲۵/۵ می‌باشد و از آن جا که p بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین اختلاف قابل توجهی در بین دو گروه شرکت کننده وجود نداشت. همچنین مشخص گردید که ۶ نفر از آزمودنی‌ها تحصیلات در حد زیر دیپلم، ۱۱ نفر در حد دیپلم و ۳ نفر باقیمانده دارای تحصیلات در حد لیسانس بودند. علاوه بر آن تعداد ۷ نفر از آزمودنی‌های گروه آزمایش خانه دار و ۳ نفر از آن‌ها شاغل بوده و در گروه کنترل تعداد ۶ نفر از افراد شرکت کننده خانه دار و ۴ نفر دیگر شاغل بوده‌اند و از لحاظ آماری تفاوت قابل توجهی بین دو گروه شرکت کننده در تحقیق وجود نداشته است. همچنین ۳ نفر از افراد گروه آزمایش دارای وضعیت اقتصادی بد، ۵ نفر متوسط و ۲ نفر درآمد خوب داشته و در گروه کنترل ۲ نفر دارای وضعیت اقتصادی بد، ۷ نفر متوسط و ۱ نفر درآمد خوب داشته و از لحاظ آماری تفاوت قابل توجهی بین دو گروه مشاهده نشده است.

با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از پرسشنامه گلوبوک راست مشخص گردید که بین میانگین‌های برآورد شده نمرات اختلال ارگاسم آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی با ۰/۰۵

فراوانی جنسی، فقدان ارتباط جنسی، ناکامروایی جنسی، اجتناب گری جنسی، نا شهوت انگیزی جنسی، انقباض مهبل و بی ارگاسمی می‌باشند. دامنه‌ی نمرات مقیاس ندرت از ۰ تا ۴، فقدان ارتباط از ۰ تا ۲۰، بی ارگاسمی از ۰ تا ۱۶، اجتناب گری از ۰ تا ۱۲، فقدان رضایت جنسی از ۰ تا ۱۶، نا شهوت انگیزی از ۰ تا ۲۴ و مقیاس واژینیسم از ۰ تا ۱۶ می‌باشد. علاوه بر نمره های تراز شده‌ی زیر مقیاس‌ها، نمره‌ی تراز شده‌ی هر آزمودنی، شدت و ضعف مشکلات جنسی وی را نشان می‌دهد، هر چه نمره‌ی کسب شده توسط آزمودنی بالاتر باشد، میزان مشکلات جنسی وی نیز بالاتر خواهد بود. پرسشنامه‌ی گلوبوک راست زیر مقیاسی برای تشخیص مقاربت دردناک ندارد اما مقیاس واژینیسم، درد واژینال را به عنوان یکی از شکایات افراد مبتلا به نزدیکی دردناک مورد سنجش قرار می‌دهد. اگر چه شکایات فراوانی جنسی تماس جنسی، به طور کامل اختلال میل جنسی را پوشش نمی‌دهد اما در پرسشنامه گلوبوک راست زیر مقیاس نا فراوانی نشان دهنده‌ی مشکلات میل جنسی است. پایایی (باز آزمایی همبستگی برای دامنه‌ی زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۳ تا ۰/۹۴) و اعتبار سازه‌ی گلوبوک راست در نمونه های هلندی و انگلیسی رضایت بخش بوده است (۲۷).

در فرم ایرانی این پرسشنامه که در مورد ۴۵ زوج نابارور انجام شده است، ضریب آلفای کرونباخ هر یک از این مقیاس‌ها برای آزمودنی‌های زن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۳ می‌باشد و برای آزمودنی‌های مرد به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۸۷، ۰/۹۰ بود که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است. همچنین ضرایب همبستگی بین نمره های آزمودنی‌های زن ۰/۸۹ می‌باشد و برای آزمودنی‌های مرد ۰/۹۲ می‌باشد که نشانه‌ی پایایی باز آزمایی عالی مقیاس است (۱۴). معیار ورود به این تحقیق زنانی بودند که به مرکز روان شناسی و مشاوره‌ی زندگی برتر مراجعه کرده بودند و از نظر پزشک متخصص اعصاب و روان تشخیص اختلال ارگاسم داده شده و همچنین رضایت شخصی این افراد برای شرکت بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بیمار قادر به تحمل روش درمانی نباشد و بیمار با درمانگر همکاری نکند، بودند.

پس از مصاحبه، مشاهده و تشخیص افراد مبتلا به اختلال ارگاسم و انجام نمونه گیری، یک جلسه‌ی پیش آزمون اجرا شد

درصد احتمال خطا، تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$). نتایج در جداول زیر نشان داده شده است:

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون اختلال ارگاسم در هر دو گروه

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۰	۱۴	۱/۱۵	۳/۷۰	۱/۴۹
کنترل	۱۰	۱۳/۹۰	۱/۴۴	۱۳/۸	۱/۳۹

$p < 0.05$

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات اختلال ارگاسم گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش آزمون برابر ۱۴ و در مرحله پس آزمون برابر ۳/۷۰ است، در حالی که میانگین نمرات اختلال ارگاسم گروه کنترل در مرحله پیش آزمون برابر ۱۳/۹۰ و در مرحله پس آزمون برابر ۱۳/۸۰ می‌باشد و می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلال ارگاسم شرکت کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و باعث کاهش اختلال ارگاسم گروه آزمایش در برابر گروه کنترل گردیده است.

بحث

زندگی سالم امری است اجتماعی، روانی و فیزیکی که تنها در ارتباط با عوامل جسمی و فیزیکی نبوده بلکه متأثر از شاخه‌های روانی و اجتماعی نیز می‌باشد. در زندگی سالم نقش فعالیت و عملکرد روانی جنسی دیده می‌شود که آن نیز تأثیر گذار بر خانواده و روابط زناشویی می‌باشد و بیشترین مشکلات به واسطه ارضا نشدن جنسی صورت می‌گیرد. خانواده یکی از ارکان اصلی نظام اجتماعی است و خانواده‌ی سالم، محیطی مناسب برای رشد و تعالی زوجین و فرزندان آنان خواهد بود و از طرف دیگر علت بسیاری از آشفتگی‌های روانی، لغزش‌های اخلاقی، خیانت‌ها، شکست‌های زندگی زناشویی و ناسازگاری‌ها بر اثر عدم توجه به امور و مسایل جنسی بوده و یا به نحوی با آن ارتباط دارد. همان طور که از نتایج تحقیق مشخص گردید، درمان شناختی - رفتاری توانست به میزان قابل توجهی اختلال ارگاسم را در آزمودنی‌های شرکت کننده در این تحقیق کاهش دهد و به

عنوان یکی از شیوه‌های درمانی، نقش به‌سزایی در افزایش اوج لذت جنسی افراد مراجعه کننده به مرکز روان شناسی زندگی برتر داشته باشد. در تحقیقی که بر روی ۲۳ زوج صورت گرفت مشخص گردید که درمان شناختی-رفتاری به طور آشکار رضایت درونی افراد دچار اختلال ارگاسم ثانوی را افزایش می‌دهد، نتایج مطالعه آن‌ها با تحقیق کنونی نیز هم خوانی دارد (۲۸). در سال ۱۹۷۶ پژوهشی برای درمان اختلال ارگاسم بر روی ۱۰ زن زیر ۳۵ سال و ۱۰ زن بالای ۳۵ سال بررسی شد. هدف این مطالعه، تعیین سودمندی این نوع درمان برای زنان جوان و سالمند بود. درمان بر اساس روش مسترز و جانسون انجام گرفت. در پایان جلسات درمانی، ۷۰٪ زنان جوان موفق شدند به ارگاسم دست یابند و در پیگیری، ۸۰٪ آن‌ها به ارگاسم رسیدند. در زنان بالای ۳۵ سال فقط ۴۰٪ توانستند به ارگاسم برسند که در پیگیری ۶۰٪ این افراد در رسیدن به ارگاسم موفق بودند (۲۹) که یافته‌های مطالعه هم سو با نتایج تحقیق حاضر می‌باشد. در پژوهشی دیگر به منظور بررسی بهترین شیوه‌های درمانی اختلال ارگاسم، ۱۷۴۹ زن را به طور تصادفی انتخاب کردند. نتایج این بررسی نشان داد که بهترین و متداول‌ترین شیوه درمانی، رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب مثل آرمیدگی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت زدایی منظم بود (۳۰) و علاوه بر آن نتایج پژوهشی دیگر بر روی ۴۰ زن مبتلا به اختلال ارگاسم نشان داد که درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال ارگاسم سودمند است (۳۱)، که هر دو مطالعه یافته‌هایشان مطابق با نتایج این پژوهش می‌باشد.

نتیجه گیری

رفتار جنسی، رفتار پیچیده‌ای است که ابعاد مختلف زیستی- روانی- فرهنگی- اجتماعی داشته و ارضا نکردن آن مشکلات فراوانی را به همراه خواهد داشت و به منظور ارضای صحیح میل جنسی باید تمام زمینه‌های فوق را اصلاح و مد نظر قرار داد. رابطه جنسی وقتی با احساسات نهفته‌ای مانند خجالت، خشم و گناه در آمیزد، تبدیل به مشکل می‌گردد و متأسفانه جامعه‌ی ما از معدود جوامعی است که در آن از بیان این گونه مسایل و مشکلات برای آگاهی عموم خودداری ورزیده و همواره آن را در

محدودی صورت گرفته است، بنابراین تعمیم دادن آن به دیگر افراد، باید با احتیاط صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از همه زنان شرکت کننده در این پژوهش و همچنین مرکز روان شناسی و مشاوره زندگی برتر که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

پرده ای از ابهام قرار داده است. همان‌گونه که ملاحظه گردید، مشاوره شناختی به عنوان یکی از روش‌های درمانی می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود میزان پرخاشگری زنان مبتلا به این اختلال داشته باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد روش‌های مشابه درمانی به منظور کاهش این گونه اختلالات مورد استفاده قرار گیرد و همچنین برای بررسی میزان و پایداری درمان، آزمون‌های پیگیری به فواصل مختلف پس از اتمام مداخله درمانی صورت گیرد. علاوه بر آن باید در نظر داشت که این نتایج بر روی تعداد

REFERENCES

- 1-Rosenhan D L, Martin EP .Seligman Abnormal Psychology. Translator by YahyaSayedmohammadi.Tehran: NashrArasbaran .1386; 177-200.
- 2-Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L: What can prevalence studies tell about female sexual difficulty and dysfunction? J Sex Med 2006, 3(4):595-589.
- 3-Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB: Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. ObstetGynecol 2008, 112(5):970-78.
- 4-Richard P, Halgin& Susan Krauss Whitbourne. Clinical Perspectives on Psychological Disorders, seventh edition includes coverage of anticipated changes in the DSM-5.2003; 36-64.
- 5-APA. Diagnostic and Statistical Manual of MentalDisorders, 4th end, text revision. American PsychiatricAssociation: Washington, DC. 2000.
- 6-Fugl- Meyer KS, Fugl-Meyer AR .Sexual disabilitiesare not singularized. International Journal of Impotence Research .2002; 14(2):493-487.
- 7-Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunctionin the United States: prevalence and predictors. Journal ofthe American Medical Association .1999; 281(6): 537-544.
- 8-Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR,Laumann EO, Lizza E, Martin-Morales A. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. Journalof Sexual Medicine.2004;1(1): 35-39.
- 9- Safarinejad MR. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in a population-based study in Iran. Int J Impot Res. 2003; 15: 246-252.
- 10-Kaiser FE. Sexual function and the older woman.Cline Geriatrics Med. 2003; 19:463-72.
- 11-Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Guthrie J. Sexuality. Am J ed. 2005; 118:59-63.
- 12-Kaplan HS. Psychosexual dysfunctions. New York: Basic Books. 1986; 467-479.
- 13-Mehrabi FD, Dadfar M .The role of Psychological factors in Sexual Dysfunction. Journal of Thinking and Behavior. 2003; (1):11-4.
- 14-Besharat MA .Problems of couple's infertile .The News of Psychotherapy. 2002; 7.
- 15-Uhadi B. Desires and Sexual Behavior of Human. Esfahan: Sadegh Hedayat.2005; 44-87.
- 16-Nikkhoo M, AvadisiansH.Sexual Life of Human.Tehran:Sokhan.2001; 188-210.
- 17- Jahanfar SH, Molainejad M. The Literature of Sexual Dysfunction. Tehran: published by Salemi.2002; 23-87.
- 18- Araoz T D. Hypnosis in Human Sexuality Problems. American Journal of clinical Hypnosis. 2005; 4(2):33-54.
- 19- Kabakci E, Batur S. Who benefit from cognitive behavioral therapy for Vaginism?Journal of Sex Marital Therapy.2003;29(4):277-88.

- 20- McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavioral therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sexual Material Therapy*.2001; 27(3):259-71.
- 21- Hawton K. *Sex therapy: A practical Guide*. Oxford: Oxford University press. 1985.
- 22- David C. *Treatment Of Female Orgasmic Disorder*.in *Health / Wellness* .2011 ;(2):9.
- 23- Leiblum R, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World Journal of Urology*. 2002; 20(2):127-36.
- 24- Richard P. Halgin&Susan Krauss Whitbourne .(2003).*Abnormal Psychology:(Clinical Perspectives on Psychological Disorders 4th* :36-64.
- 25- Goldstein, I. Female sexual arousal disorder: New insights. *International Journal of Impotence Research*, 2000; 12 (5), pp.152-157.
- 26- Kring, B. (2000). Psychotherapy of sexual dysfunction. *American Journal of Psychotherapy*, 54, pp. 97-101
- 27- GrotjohanY. *Cognitive –Behavioral Bibliotherapy for sexual Dysfunction in Heterosexual Couples: A Randomized Waiting –List Control Clinical Trial in the Nitherlands*. *The Journal of Sex Research* .2001;8(2):45-22.
- 28- Libman E , Fichten CS, Brender W, Burstien Cohen J, Binik YM. A comparison of three therapeutic formats in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *Journal of Sex Marital Therapy* .1984; 10(3):147-59.
- 29- SchneidmanB , McGuire L. Group therapy for nonorgasmic women: two age levels . *Journal of Archives of Sexual Behavior*.1976; 5(3): 239-47.
- 30- Metson CM , Hull E , Levin RJ , Sipski M .Disorder of orgasm in women . *The Journal of Sexual Medicine*. 2004; 1(1):66- 8.
- 31- Mc Vey TB. Depression among women with hypoactive sexual desire: Orgasm consistency training analysis and effect on treatment outcome. *Canadian Journal of Human Sexuality*.1997; 6(3).