



اثربخشی آموزش رفتارهای سالم جنسی بر بدکارکردی جنسی زنان معتاد

شیمای محمدی^۱، محمد مسعود دیاریان^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۲۹

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی بر کاهش بدکارکردی جنسی زنان معتاد بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل زنان معتاد در حال بهبودی در مراکز ترک اعتیاد عطار، سپاهان، پاک مهر و کنگره ۶۰ در سال ۱۳۹۴ در شهر اصفهان بودند. برای انتخاب نمونه، از روش داوطلبانه استفاده شد که در نتیجه بعد از اجرای پرسش‌نامه، از بین ۱۰۰ داوطلب، ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات آموزشی شرکت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش رفتارهای سالم جنسی بر کاهش بدکارکردی جنسی زنان معتاد و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد. **نتیجه‌گیری:** آموزش رفتارهای سالم جنسی می‌تواند بر کاهش بدکارکردی جنسی زنان معتاد تأثیر داشته باشد؛ بنابراین می‌توان از این روش در مراکز ویژه ترک اعتیاد زنان مورداستفاده قرارداد.

کلیدواژه‌ها: آموزش رفتارهای سالم جنسی، بدکارکردی جنسی زنان، معتاد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران،

پست الکترونیک: jafar.gholami.dastjerdi@gmail.com

۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران،

مقدمه

در سال‌های گذشته میزان شیوع مصرف مواد مخدر در مردان و زنان رشد فزاینده‌ای داشته که بر اساس گزارش پژوهشگران، سرعت افزایش آن در زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان بوده است (رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپور احمدی و امین اسماعیلی، ۱۳۹۰). در موضوع اعتیاد، معمولاً به مردان بیشتر از زنان توجه می‌شود. در حالی که زنان در چرخه اعتیاد آسیب پذیرترین قشر هستند. همچنین، موضوع اعتیاد زنان یک مشکل اجتماعی پنهان است، زیرا فضای سنتی حاکم بر خانواده‌ها و جامعه به زنان معتاد اجازه نمی‌دهد اعتیادشان را اعلام کنند. از طرفی در فرهنگ ایران، مصرف مواد در زنان ناهنجارتر از مردان تلقی می‌گردد. بنابراین، زنان معتاد برای دریافت خدماتی مانند ترک و درمان اختلالات روانی ناشی از مصرف مواد مشکلات زیادی دارند. این در حالی است که اعتیاد اثرات نامطلوبی را به ویژه از نظر روان‌شناختی روی زوجین و سایر اعضای خانواده وارد می‌کند. افسردگی، احساس غمگینی و اندوه، یا ناامیدی و فقدان لذت جویی از جمله‌ی این وضعیت‌های ناگوار به شمار می‌رود (آکین و ایزکندر^۱، ۲۰۱۱؛ دالبوداک^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

از سویی دیگر خانواده دارای کارکردهای مختلفی می‌باشد که از آن جمله می‌توان به ارضای مناسب نیازهای جنسی اشاره نمود. مسائل جنسی زنان، مسأله‌ی چندعاملی است که ریشه در عوامل زیست‌شناختی، روانی-اجتماعی و محیطی دارد (استید، برآون، فالوفیلد و سیلبی^۳، ۲۰۰۳). با توجه به عوامل متعددی که عملکرد جنسی زنان به آن‌ها وابسته است، تعجب آور نیست که این فرایند در زنان معتاد دچار آسیب شده و باعث ایجاد بدکارکردی جنسی زنان^۴ شود (لاپرا، فرانکو، تاگی، ماچیا^۵، ۲۰۰۳). امروزه اکثر روان‌پزشکان و روان‌شناسان در تعریف بدعملکردی جنسی زنان (اختلالات جنسی زنان) از تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ استفاده می‌کنند که عبارت است از:

1. Akin, & Iskender
2. Dalbudak
3. Stead, Brown, Fallowfield, & Selby
4. Female Sexually Dysfunctional

5. La Pera, Franco, Taggi, & Macchia
6. Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorders

بدکارکردی جنسی شامل اختلالات میل جنسی (مانند اختلال میل جنسی کم کار در مردان)، اختلالات انگیزش جنسی (مانند اختلال نعوظ)، اختلالات ارگاسمی (مانند انزال زودرس) و اختلالات درد جنسی (مانند مقاربت دردناک) است که نشانه‌های هر دسته حداقل به میزان شش ماه و بیشتر ادامه داشته باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

بدکارکردی جنسی می‌تواند به فقدان اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و مشکلات شخصیتی منجر شود. همچنین، آثار اجتماعی آن بر افزایش طلاق، خشونت، کیفیت زندگی زوجین و ارتباطات بعدی تأثیر می‌گذارد (اسلان، بجی، گانگور، کادیوگلو و دیکنکیک^۱، ۲۰۰۸). درحقیقت، شواهد قابل توجهی برای توصیف ارتباط نزدیک بین فعالیت جنسی و رضایت زناشویی و به دنبال آن، بدکارکردی جنسی و فروپاشی خانواده وجود دارد (اسپنس^۲، ۲۰۱۳). با توجه به تأثیرات متعدد و چندوجهی بدکارکردی جنسی بر روی فرد و خانواده، ضرورت استفاده از بهترین شیوه‌های درمانی برای مقابله با آن احساس می‌شود. از جمله این شیوه‌های درمانی، می‌توان به آموزش رفتارهای سالم جنسی اشاره کرد. رفتار ناسالم جنسی، رفتارهای جنسی‌ای هستند که به منظور افزایش لذت جنسی از تعدد شریک جنسی تا عدم استفاده از وسایل جلوگیری را شامل می‌شود (سانتلی^۳، ۲۰۰۸). این رفتارها، در افرادی که سوءمصرف مواد دارند شایع‌تر است، به طوری که بخشی از انتقال بیماری‌های عفونی، مربوط به رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز و محافظت نشده است. همچنین بی‌بند و باری جنسی در بین معتادان به دلیل طردشدگی از اجتماع شایع بوده است (محمدرزاقی، رحیمی موقر، و مهدی حسینی، ۱۳۸۲). پژوهشگران دریافته‌اند که رابطه‌ای مثبت بین مصرف مواد مخدر و رفتارهای ناسالم جنسی وجود دارد که این امر مانعی است که درمان مصرف مواد مخدر را با مشکل روبه‌رو می‌سازد (راوسون، واشنگتن، دامیر و ریر^۴، ۲۰۰۲). مشکلات مصرف مواد و بدکارکردی جنسی در زنان نسبت به مردان افزون بر عوارضی مانند بیماری و مرگ، به دلیل احتمال حاملگی و بنابراین در خطر قرارگرفتن جنین آنان (تولد نوزاد با وزن کم، زایمان زودرس،

1. American Psychiatric Association
2. Aslan, Beji, Gungor, Kadioglu, & Dikencik

3. Spence
4. Santeli
5. Rawson, Washton, Domier, & Reiber

سوء تغذیه، سقط جنین یا ایجاد سندرم ترک نوزاد) اهمیت ویژه‌ای دارد؛ بنابراین در برنامه‌ریزی درمان برای معتادان، زنان گروه مهمی را تشکیل می‌دهند. با وجود این، در ایران و بیشتر کشورهای جهان برنامه‌های درمان اعتیاد و کاهش آسیب متناسب با نیازهای زنان معتاد یا وجود ندارد و یا بسیار نادر است. هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی بر کاهش بدکارکردی جنسی زنان معتاد است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، عبارت بود از: زنان معتاد در حال بهبودی در مراکز ترک اعتیاد عطار، سپاهان، پاک‌مهر و کنگره ۶۰ در شهر اصفهان بودند. برای انتخاب نمونه، به شیوه در دسترس ۱۰۰ نفر انتخاب شدند و پس از اجرای پرسش‌نامه پژوهش بر روی این ۱۰۰ نفر و بر اساس نقطه برش شاخص عملکرد جنسی زنان، ۳۰ نفر انتخاب شدند و در گروه‌ها بطور تصادفی جایگزین شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). زنان معتاد در این پژوهش مصرف‌کننده آمفتامین، مت‌آمفتامین، کوکائین، الکل و در اکثر موارد مواد افیونی بوده‌اند که در حال حاضر با داروهای نگهدارنده متادون و اپیوم و بوپرنورفین در روند بهبودی هستند. ملاک‌های ورود شامل عبارت بودند از: ۱. زنان معتاد در حال بهبودی و ۲. ابتلا به بدکارکردی جنسی (طبق نتایج پرسش‌نامه). معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به شرکت در دوره و داشتن بیش از ۲ غیبت در جلسات بود.

ابزار

شاخص عملکرد جنسی زنان^۱: این مقیاس توسط روزن^۲ و همکاران (۲۰۰۰) طراحی و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی شد. دارای شش بعد است که عملکرد جنسی زنان را توسط ۱۹ سؤال در ابعاد (۱) تمایلات جنسی^۳؛ (۲) تحریک یا برانگیختگی^۴؛

1. Female Sexual Function Index
2. Rosen
3. desire

4. subjective arousal

۳) رطوبت مهبل‌ی^۱؛ ۴) ارگاسم؛ ۵) رضایت جنسی و ۵) درد مورد بررسی قرار می‌دهد. نمرات در نظر گرفته شده برای هر سؤال بعد میل جنسی (۱ تا ۵) امتیاز و برای ابعاد تحریک یا برانگیختگی جنسی؛ رطوبت مهبل‌ی؛ ارگاسم؛ رضایت جنسی و درد (صفر تا ۵) امتیاز می‌باشد. به این ترتیب نمره گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. حداکثر نمره برای هر حوزه برابر با ۶ و برای کل شاخص ۳۶ است. حداقل نمره برای حوزه میل جنسی (۱/۲)، حوزه تحریک جنسی، رطوبت مهبل‌ی، ارگاسم و درد (۰) و حوزه رضایتمندی (۰/۸) و برای کل شاخص حداقل برابر ۲ است. در مطالعه‌ی روزن و همکاران (۲۰۰۰)، ضریب اعتبار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ و در ایران، ضریب اعتبار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ و نمره برش مناسب کل برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی، ۲۸ تعیین گردید (محمدی، حیدری و فقیه‌زاده، ۱۳۸۷).

روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای مورد نیاز برای انجام پژوهش و هماهنگی با مسئولان، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و شفاهی از شرکت کنندگان در این پژوهش دریافت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و انجام پژوهش هیچ گونه ضرر و زیان را متوجه آن‌ها نخواهد کرد. در این پژوهش ابتدا تمامی شرکت کنندگان در جلسه مقدماتی شرکت کردند؛ ارزیابی اولیه به صورت انفرادی انجام شد. برای تشخیص بدکارکردی جنسی؛ پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ جلسه و به صورت گروهی تحت آموزش رفتارهای سالم جنسی قرار گرفتند. ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. یک ماه بعد از اتمام جلسات آموزشی جدا از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد. این طرح درمانی براساس کتاب‌های رفتارهای سالم جنسی (اوحدی، ۱۳۹۲)، رفتاردرمانی شناختی (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۹۰) درمان اختلالات جنسی (اسپنس، ۱۹۹۱؛ ترجمه رحمتی، ۱۳۹۱)؛ کمک به افراد مبتلا به مشکلات جنسی (تریگول، ۲۰۰۵؛ ترجمه صفاری‌نیا و دلیر، ۱۳۹۰)؛ جزوات

کارگاه‌های آموزشی دکتر محمدرضا عابدی (۱۳۹۰) و دکتر رضایی (۱۳۹۲) تنظیم گردید.

جدول ۱: محتوای جلسات درمانی آموزش رفتارهای سالم جنسی

جلسه	هدف	محتوا
مقدماتی	معارفه، ارزیابی اولیه گروهی، و مصاحبه بالینی فردی	مصاحبه و ارزیابی؛ بررسی مشکل موجود مراحل چهارگانه میل؛ تحریک؛ ارگاسم؛ فرونشینی و درد جنسی؛ وجود اطمینان از مشکل جنسی یا بدکار کردی جنسی؛ انجام پیش‌آزمون.
۱	بیان منطق درمان، ارزیابی کامل مشکل، و اهداف آموزش	بررسی علل ایجاد مشکل، بررسی تاریخچه بدکار کردی جنسی؛ بررسی سابقه پزشکی؛ بررسی علاقه بین زوجین؛ بررسی نوع فراوانی و کیفیت ارتباط جنسی زوجین؛ آشنایی با ارتباط بین مصرف مواد مخدر با ارتباط جنسی؛ آشنایی با ارتباط بین مصرف مواد نگهدارنده متادون، بوپرنورفین و اپیوم با ارتباط جنسی.
۲	آموزش برقراری صمیمیت، ارائه اطلاعات و دانش جنسی	مرور جلسه اول؛ آشنایی با تعریف صمیمیت؛ آموزش چگونگی برقراری صمیمیت و تمرین شیوه‌های آن؛ آشنایی با اندام‌های جنسی زن و مرد و اعمال فیزیولوژیکی و هورمون‌های آن‌ها؛ آموزش نقاط حساس بدن و نقش کلیتوریس در ارگاسم زن؛ آموزش چرخه پاسخ جنسی و علائم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد.
۳	بررسی ترس جنسی زوجین، آموزش آرمیدگی، آموزش وضعیت‌های مختلف مقاربتی	مرور جلسه قبل؛ بررسی کیفیت اولین ارتباط جنسی با همسر؛ بررسی اولین تجربیات جنسی در دوران کودکی و نوجوانی در راستای یافتن ترس‌های باقیمانده از دوران کودکی؛ بررسی دوران بلوغ و چگونگی مواجه‌شدن با آن توسط فرد و اطرافیان مخصوصاً والدین بیمار؛ آموزش آرمیدگی به‌منظور کاهش تنش جنسی؛ بررسی اجمالی نگرش‌های جنسی زوجین؛ آشنایی با وضعیت‌های مختلف مقاربتی؛ ارائه تکالیف آرمیدگی و وضعیت‌های مختلف مقاربتی.
۴	آموزش خود تحریکی واژینالی	مرور جلسه قبل؛ بررسی تکالیف جلسه قبل؛ خودکاوی و بررسی اندام‌های خاص و تناسلی؛ دست‌کاری اندام‌های تناسلی؛ آموزش خیال‌پردازی جنسی؛ آموزش خود تحریکی واژینالی؛ ارائه تکالیف.
۵	آموزش مهارت تمرکز، حس‌یابی غیرتناسلی، تصویرسازی ذهنی	بررسی تکالیف؛ آموزش مهارت تمرکز، توجه؛ آموزش توجه به احساس متمرکز به اندام‌های غیرتناسلی؛ بررسی ارتباط کلامی و چگونگی بیان هیجانات زوجین به یکدیگر؛ آموزش ابزار هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی و خودبازاری جنسی به همسر؛ ارائه تکالیف.
۶	آموزش حس‌یابی تناسلی، آشنایی با	مرور جلسه و تکالیف قبل؛ حذف ممنوعیت لمس اندام‌های تناسلی؛ ارائه اطلاعات پیرامون اندام‌های جنسی و نقاط حساس؛ آموزش تمرکز بر

جلسه	هدف	محتوا
	سردکننده های جنسی، آشنایی با اختلالات روان پزشکی، آموزش حل مسأله	اندام های جنسی با توجه به تحریک و لذت اندام های تناسلی؛ آشنایی با تأثیر تعارض در ارتباط جنسی و تأثیر عوامل محل ارتباط؛ آشنایی با اسطوره های جنسی غلط؛ آشنایی با سردکننده های جنسی در مردان و زنان؛ آشنایی با اختلالات روان پزشکی؛ آشنایی با مهارت همدلی و حل مسأله در رابطه جنسی.
۷	آشنایی با تأثیرات زیباتر شدن، آشنایی با شیوه های مقاربت متناسب با مشکل	آشنایی با تأثیر آرایش و پیرایش در تحریک جنسی؛ آموزش شیوه های مقاربت مناسب با مشکل زوجین؛ آموزش تحریک هم زمان کلیتوریس و مقاربت؛ موارد مرتبط با نوازش عاطفی و جسمانی و اتاق خواب؛ آموزش تکنیک های رفتاری مثل تکنیک start و stop؛ ارائه تکالیف.
۸	بررسی میزان حصول اهداف درمانی، اجرای پس آزمون	مرور جلسات قبلی؛ ارزیابی تکنیک های مختلف به کار گرفته شده توسط زوجین، بازخورددهی پیرامون اثربخشی و یا غیراثربخش بودن درمان؛ رفع اشکالات موجود؛ پرسش و پاسخ؛ ارزیابی میزان رضایت از درمان؛ اجرای پس آزمون.

یافته ها

جدول ۲: آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
میل جنسی	آزمایش	۲/۲۶	۱/۱۶	۲/۵۳	۱/۳۰
	گواه	۲/۲۰	۰/۹۴	۲/۶۶	۱/۵۸
تحریک	آزمایش	۲/۴۶	۱/۰۶	۴/۸۰	۱/۳۲
	گواه	۲/۶۰	۱/۱۲	۲/۳۳	۱/۱۱
رطوبت	آزمایش	۲/۶۶	۰/۷۲	۳/۹۳	۱/۴۸
	گواه	۲/۶۰	۰/۹۸	۲/۳۳	۱/۲۳
ارگاسم	آزمایش	۱/۶۰	۰/۵۰	۳/۶۶	۱/۲۳
	گواه	۱/۴۰	۰/۶۳	۱/۷۳	۰/۷۰
رضایتمندی	آزمایش	۱/۹۳	۰/۸۸	۴/۰۰	۱/۵۵
	گواه	۲/۰۰	۱/۰۰	۲/۴۶	۱/۳۰
درد	آزمایش	۱/۰۶	۰/۹۶	۴/۸۰	۱/۳۷
	گواه	۱/۹۳	۰/۹۶	۲/۶۰	۱/۴۵

میانگین (انحراف استاندارد) سن گروه آزمایش و گواه به ترتیب $30/50$ ($6/90$) سال، و $32/10$ ($5/41$) بود. در گروه آزمایش تعداد ۱۰ نفر ($66/66\%$) تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۴ نفر ($26/66\%$) تحصیلات دبیرستان و دیپلم، ۱ نفر ($6/67\%$) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه گواه ۸ نفر ($53/33\%$) تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۵ نفر ($33/33\%$) تحصیلات دبیرستان و دیپلم، و ۲ نفر ($13/34\%$) تحصیلات دانشگاهی داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع متغیرهاست. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که این پیش فرض در هر دو گروه در نمرات پس آزمون برقرار است ($P > 0/05$). پیش فرض دیگر برابری واریانس‌های خطا در دو گروه است. نتایج آزمون لون نشان داد در مؤلفه‌ی میل جنسی ($F=0/16, P=0/05$)، تحریک ($F=2/80, P=0/05$)، رطوبت ($F=0/15, P=0/05$)، ارگاسم ($F=0/22, P=0/05$)، رضایتمندی ($F=0/39, P=0/05$)، درد ($F=0/16, P=0/05$) این پیش فرض برقرار است. پیش فرض دیگر برابری ماتریس واریانس-کواریانس است که نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F=1/70, P=0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از معناداری تفاوت داشت ($F=22/66, P < 0/001$) لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	منبع تغییر	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماري
میل جنسی	پیش آزمون	۱/۶۰	۰/۷۵	۰/۳۹	-	۰/۱۳
	عضویت گروهی	۱/۰۸	۰/۵۰	۰/۴۸۵	-	۰/۱۰
تحریک	پیش آزمون	۵/۴۱	۴/۲۶	۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۵۰
	عضویت گروهی	۲۶/۵۷	۲۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
رطوبت	پیش آزمون	۰/۰۰۵	۰/۰۰۳	۰/۹۶	-	۰/۰۵
	عضویت گروهی	۲۱/۴۳	۱۰/۲۹	۰/۰۰۴	۰/۳۱	۰/۸۶
ارگاسم	پیش آزمون	۰/۱۲	۰/۱۲۸	۰/۷۲	-	۰/۰۶
	عضویت گروهی	۲۶/۳۳	۲۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹
رضایتمندی	پیش آزمون	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۷۳	-	۰/۰۶
	عضویت گروهی	۲۱/۲۲	۱۲/۶۴	۰/۰۰۲	۰/۳۶	۰/۹۲
درد	پیش آزمون	۰/۰۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳۴	-	۰/۰۵
	عضویت گروهی	۲۸/۲۹	۱۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۴

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود به جز در مؤلفه‌ی میل جنسی در سایر مؤلفه‌ها آموزش اثرگذار بوده است.

۲۵۷

257

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش رفتارهای سالم جنسی بر کاهش بدکار کردی جنسی زنان معتاد انجام شد. نتایج نشان داد آموزش رفتارهای سالم جنسی بر بدکار کردی جنسی زنان معتاد تأثیرگذار بوده است. تحقیقی که با نتیجه تحقیق حاضر همسویی داشته باشد یافت نشد اما تحقیقات مشابهی انجام شده که به طور غیرمستقیم با نتایج این پژوهش همسو بود که از آن جمله می توان به کشاورزصفی، نوری، حسنی (۱۳۹۴)، بهودی مقدم و همکاران (۲۰۱۵)، افشار و همکاران (۲۰۱۲)، بال، لوین، بلک، اسپچمیگ، و سانتلی^۱ (۲۰۱۲) اشاره کرد.

باتوجه به اینکه زنان معتاد در حال بهبودی در زمان مصرف مواد مخدر در ابتدای مصرف شان کارکرد جنسی بالایی داشته‌اند و پس از مصرف طولانی مدت دچار عوارض

1. Bull, Levine, Black, Schmiede, & Santelli

بلندمدت مصرف مواد مخدر شده‌اند و کارکرد جنسی‌شان به شدت پایین آمده بود. آن‌ها برای بالا بردن کارکرد جنسی و کاهش بدکارکردی جنسی‌شان و مخصوصاً تجربه ارگاسم به اشتباه تصور می‌کردند که نیازمند دارو و یا مصرف مواد مخدر هستند تا بتوانند درمان شوند و تصور می‌کردند که با گروه درمانی و روان‌درمانی به درمان نخواهند رسید. با آموزش رفتارهای سالم جنسی این تصور غلط از بین رفت و در جلسات ابتدایی اعتماد آن‌ها به تأثیرگذاری آموزش بدون دارو جلب شد. همچنین، با توجه به این که چندین سال رابطه‌ی جنسی نداشته بودند و تجربه ارگاسم را بعد از بهبودی به ندرت تجربه کرده بودند لذا خودکارآمدی جنسی بسیار پایین آمده بود. با آموزش رفتارهای سالم جنسی توانستند به این امر دست یابند. درنهایت، تصور غلط دیگری که زنان معتاد در حال بهبودی از عوارض بلندمدت مصرف مواد مخدر (مخصوصاً مت‌آفتامین) داشتند این بود که بدکارکردی جنسی ایجاد شده از مصرف مواد مخدر و مخصوصاً شیشه تا پایان عمر ماندگار است و با توضیح این مطلب که تا ۶ ماه بعد از بهبودی عوارض مربوط به روابط جنسی از بین می‌رود این تصور غلط از بین رفت.

در تبیین عدم تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی بر میل جنسی می‌توان گفت که با توجه به اینکه زنان در حال بهبودی داروهای نگهدارنده متادون؛ بوپرنورفین و اپیوم (شربت تریاک) مصرف می‌کنند و متادون و اپیوم، باعث کاهش میل جنسی می‌شوند و اثر دارو در بدن گروه آزمایش وجود دارد لذا این نتیجه دور از ذهن نبوده است. مخصوصاً زنانی که در مراکز درمانی نگهدارنده با متادون دوز بالاتری از دارو را دریافت می‌کنند نسبت به زنانی که در کنگره ۶۰ دوز پایین تری از دارو (اپیوم) را دریافت می‌کنند، تأثیر آموزش را بر میل جنسی کمتر دریافت می‌کنند. در تبیین افزایش تحریک جنسی زنان معتاد در حال بهبودی در این آزمایش، می‌توان گفت: در آموزش رفتارهای سالم جنسی تکالیف خانگی با موضوع آموزش خیال‌پردازی جنسی و آموزش خودتحریکی واژینال و آموزش خودکاوی و بررسی دستگاه‌های تناسلی و غیرتناسلی وجود داشته که باعث افزایش تحریک جنسی در گروه آزمایش شده است.

در تبیین اثربخشی بر رطوبت مهلبی، می توان به نقش عوامل ارتباطی اشاره کرد. عوامل ارتباطی، نقش مهمی در فرآیند بهبودی شرکت کنندگان داشته و این یافته همسوست با یافته‌های مختلف دیگر که نشان دادند شکایات پیرامون عملکرد جنسی همسران، اغلب ریشه در مشکلات ارتباطی بین آن‌ها دارد. همچنین، همسویی دارد با این یافته که فاکتورهای ارتباطی و مشکلات خانوادگی از عوامل میان‌فردی است که منجر به کاهش میل جنسی می‌شود (ناپی^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین در تبیین دیگر می‌توان گفت با توجه به افزایش تحریک و کاهش استرس و اضطراب در گروه آزمایش با توجه به تأثیر تکنیک ثبت افکار (افکار منفی درمان‌جویان در طی جلسات بررسی شد) و آشنایی با سردکننده‌های جنسی‌شان و آموزش آرمیدگی باعث افزایش رطوبت مهلبی شده است.

همچنین در تبیین اثربخشی آموزش رفتارهای سالم جنسی بر ارگاسم، می‌توان اظهار داشت که اولاً: با آموزش صمیمیت در رابطه با همسرشان و دادن تکالیف خانگی در ارتباط با انواع صمیمیت به درمان‌جویان؛ باعث بهتر شدن روابط با همسر شده که این امر باعث افزایش ارگاسم در زنان شده است. ثانیاً: با توجه به اینکه عوارض مصرف طولانی مدت مواد مخدر باعث منزوی شدن فرد معتاد می‌شود و بعد از بهبودی نیز مهارت‌های کلامی و اجتماعی فرد با آموزش ابراز هیجانی و کلامی کردن حس‌های هیجانی و همچنین آموزش خود ابرازی حسی به همسر باعث افزایش ارگاسم شده است. ثالثاً: مراجعانی که مصرف مت‌آمفتامین (شیشه) دارند در زمان بهبودی نیز یکی از عوارض بلندمدت این مواد که عدم توجه و تمرکز کافی است را با خود دارند که با آموزش مهارت توجه و تمرکز در این راستا باعث بالا رفتن ارگاسم در گروه آموزش شده است. رابعاً: با آموزش تحریک هم‌زمان کلیتوریس و مقاربت و با توجه به اینکه اکثر زنان با مقاربت تنها به ارگاسم نمی‌رسند و گروه آزمایش در این مورد اطلاعاتی نداشته و این تصور غلط که تنها باید با مقاربت به ارگاسم رسید؛ باعث پایین آمدن خودکارآمدی جنسی‌شان شده بود و در رابطه جنسی‌شان باعث شکست مجدد می‌شدند؛ که با آموزش و

دریافت اطلاعات این تصور غلط و رایج از بین رفت. خامسا: با آموزش شیوه‌های مقاربت مناسب با مشکل درمان‌جویان توانستند ارگاسم را تجربه کنند.

در تبیین اثربخشی بر رضایتمندی میتوان گفت که تکنیک‌های رفتارهای سالم جنسی در این زمینه شامل افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی زنان اثر گذاشته و با تأثیرات مثبت متقابل روی همسر به‌ویژه در زمینه‌ی ارتباط، رضایت جنسی را تحت شعاع قرار می‌دهد. در همین راستا نتایج تحقیق پاریش و همکاران (۲۰۰۷) و کیم^۱ (۲۰۰۸) نشان داد که به کارگیری برنامه‌های آگاه‌سازی جهت غنی‌سازی رابطه‌ی جنسی زوج‌ها که از مؤلفه‌های درمان پژوهش حاضر بود، موجب افزایش رضایت از زندگی جنسی می‌شود. همچنین در تبیین فرضیه کاهش درد جنسی در گروه آزمایش با آموزش تمرینات کیگل (شل و سفت کردن عضلات لگن) و آموزش آرمیدگی عضلانی و تنفس شکمی بر کاهش درد زنان معتاد در حال بهبودی مؤثر بوده‌است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، این بود که تحقیق فقط بر روی زنان معتاد انجام گرفته است؛ بنابراین در تعمیم نتایج به مردان باید احتیاط کرد. همچنین، تحقیق حاضر بر روی زنان معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اصفهان صورت پذیرفته است و با توجه به نوع نمونه که به صورت داوطلبانه انتخاب شده‌اند، بایستی در تعمیم نتایج به جوامع و گروه‌های دیگر احتیاط لازم صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، اجرای آزمون با پیگیری صورت گیرد تا پایداری تأثیر دوره درمانی در نظر گرفته شوند. با توجه به تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی بر بدکارکردی جنسی زنان معتاد، پیشنهاد می‌شود که مراکز آموزشی و درمانی ویژه زنان معتاد از این روش برای بهبود مشکلات جنسی این افراد استفاده کنند.

منابع

- اسپنس (۱۹۹۱). *روان‌درمانی اختلالات جنسی*. ترجمه: بهزاد رحمتی (۱۳۹۱)، تهران: میلاد.
 اوحدی، بهنام (۱۳۹۲). *تمایلات و رفتارهای جنسی*، تهران: هدایت.

تریگول (۲۰۰۵). کمک به افراد مبتلا به مشکلات جنسی: رویکردی عملی برای متخصصان بالینی. ترجمه: مجید صفاری‌نیا و مجتبی دلیر (۱۳۹۰)، تهران: ارجمند.

رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبرپور احمدی، شهناز؛ امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰) بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۲۵-۱۱۶.

کشاوورزصفی، زهره؛ نوری، ربابه؛ حسنی، جعفر (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی بر کم‌کاری میل جنسی و رضایت زناشویی در زنان. *مجله علوم رفتاری*، ۹(۱)، ۹-۵۱.
محمد رزاقی، عمران؛ رحیمی موقر، آفرین؛ حسینی مهدی، محمد کاظم (۱۳۸۳). مطالعه کیفی رفتارهای جنسی پرخطر معتادان تزریقی در تهران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۲(۲)، ۱-۱۰.

محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه؛ و فقیه‌زاده، سقراط (۱۳۷۸). اعتبار نسخه فارسی مقیاس عملکرد جنسی زنان FSFI به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان. *پایش*، ۷(۳)، ۷۸-۲۶۹.
هاوتون، ک.، سالکووس کیس، پ.، کرک، ج (۱۹۸۹). *رفتار درمانی شناختی، راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی*. ترجمه: حبیب‌الله قاسم‌زاده (۱۳۹۰)، تهران: انتشارات ارجمند.

Afshar, M.; Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S.; Mergheti-Khoei, E.S.; & Yavarikia, P. (2012). The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. *Journal of caring sciences*, 1(4), 173-81. DOI: 10.5681/jcs.2012.025.

Akin, A.; & Iskender, M. (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. *International online journal of educational sciences*, 3(1), 138-48.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. American Psychiatric Pub.

Anastasiadis, A.G.; Davis, A.R.; Ghafar, M.A.; Burchardt, M.; & Shabsigh, R. (2002). The epidemiology and definition of female sexual disorders. *World journal of urology*, 20(2), 74-8.

Aslan, E.; Beji, N.K.; Gungor, I.; Kadioglu, A.; & Dikencik, B.K. (2008). Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1009 Women in an Outpatient Clinic of University Hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicines*, 5(9), 2044-52. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x.

Behboodi Moghadam, Z.; Rezaei, E.; Khaleghi Yalegonbadi, F.; Montazeri, A.; Arzaqi, S.M.; Tavakol, Z.; & Yari, F. (2015). The Effect of Sexual Health Education Program on Women Sexual Function in Iran. *Journal of research in health sciences*, 15(2), 124-8.

Bull, S.S.; Levine, D.K.; Black, S.R.; Schmiege, S.J.; & Santelli, J. (2012). Social media^o delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. *American journal of preventive medicine*, 43(5), 467-74.

- Dalbudak, E.; Evren, C.; Aldemir, S.; Coskun, K.S.; Ugurlu, H.; & Yildirim, F.G. (2013). Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyber psychology, Behavior, and Social Networking*, 16(4), 272-8.
- Kim, J.H. (2008). Relationship among sexual knowledge, frequency, satisfaction, marital intimacy and levels of depression in stroke survivors and their spouses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(3), 483-91.
- La Pera, G.; Franco, G.C.; Taggi, F.; Macchia, T. (2003). Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(2), 149-56.
- Nappi, R.E.; Martini, E.; Terreno, E.; Albani, F.; Santamaria, V.; Tonani, S.; ... & Polatti, F. (2010). Management of hypoactive sexual desire disorder in women: current and emerging therapies. *International journal of women's health*, 2, 167-75.
- Parish, W.L.; Luo, Y.; Stolzenberg, R.; Laumann, E.O.; Farrer, G.; & Pan, S. (2007). Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults. *Archives of Sexual Behavior*, 36(1), 5-20.
- Rawson, R.A.; Washton, A.; Domier, C.P.; & Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal of substance abuse treatment*, 22(2), 103-8.
- Rosen, C.; Brown, J.; Heiman, S.; Leiblum, C.; Meston, R.; Shabsigh, D.; Ferguson, R.; D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Santelli, J.; Carter, M.; Orr, M.; & Dittus, P. (2008). Trends in sexual Risk Behavior, by Nonsexual Risk Behavior Involvement, U.S. High School Students, 1991° 2007. *Journal of adolescent health*, 44(4), 372-9. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2008.08.020.
- Santelli, J.S. (2008). Medical accuracy in sexuality education: Ideology and the scientific process. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1786-92.
- Spence, S.H. (2013). *Psychosexual therapy: a cognitive-behavioral approach (Vol. 6)*. Springer.
- Stead, M.L.; Brown, J.M.; Fallowfield, L.; & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British journal of cancer*, 88(5), 666-71.