

## بررسی اثر بخشی آموزش جنسی به شیوه رفتاری - شناختی بر دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی زنان متأهل شهرستان مبارکه

مرجان سلیمی<sup>۱</sup>مریم فاتحی‌زاده<sup>۲</sup>

### چکیده

امروزه با پیشرفت تکنولوژی موضوع سکس جایگاهی مهم یافته، اما تقریباً در تمام فرهنگ‌ها مسائل جنسی یک تابو قلمداد می‌شود. بنابراین هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش جنسی به شیوه شناختی - رفتاری بر دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی زنان متأهل شهرستان مبارکه بود.

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که بر روی ۲۶ نفر از زنان متأهل انجام شد. افراد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند و برای گروه آزمون ۶ جلسه ۲ ساعته آموزش جنسی اجرا گردید. ابزارهای پژوهش: شامل پرسشنامه دانش جنسی آن هویپر، پرسشنامه خودابرازی جنسی دکتر ویلیام واسنل و پرسشنامه صمیمیت جنسی باگاروزی بودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل واریانس چندراهه تجزیه و تحلیل شد.

نتایج نشان داد که پس از آموزش جنسی، دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت. بنابراین آموزش جنسی می‌تواند با بهبود مؤلفه‌های پژوهش حاضر در بهبود روابط جنسی متعادل و سلامت خانواده نقش بسزایی داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** آموزش رفتاری - شناختی جنسی، دانش جنسی، خودابرازی جنسی، صمیمیت جنسی.

Email:marjansalimi91@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)

۲- دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

## مقدمه

در دنیای اطلاعات و جهان ارتباطات امروز که پیشرفت تکنولوژی هر لحظه انسان‌های جوامع و فرهنگ‌های مختلف را به یکدیگر نزدیک‌تر می‌کند، خواسته‌های بشر بیشتر و جدی‌تر شده و رفاه، آزادی، آرامش، لذت و تنوع اهمیت بیشتری پیدا نموده‌اند، از این رو سکس جایگاهی مهم‌تر یافته و نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان همانند گرسنگی، تشنگی و نیاز به هوا و خواب، بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی چون نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود.

اما تقریباً در تمام فرهنگ‌ها مسائل، امور و روابط جنسی یک تابو است که در هاله و لفافه‌ای از مسائل نادرست و خرافی پیچیده شده است و صحبت درباره آن معمولاً با احساسات منفی مثل شرم، گناه و رفتارهایی از قبیل کمرویی، گستاخی و بی‌حیایی همراه است (اوحدی، ۱۳۸۵). اما انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدایی‌ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی او را تشکیل می‌دهد و روشن است که کیفیت ارضای این انگیزه نقش بسیار مهمی در سلامت فرد و اجتماع و دستیابی به آرامش و آسایش ایفا می‌کند. بسیاری از مشکلات انسان امروزی حاصل عدم ارضای میل جنسی و ناآگاهی به ابعاد پیچیده این انگیزه بنیادین است. عدم شناخت صحیح انگیزه جنسی و شیوه‌های درست و اخلاقی ارضای آن می‌تواند موجب بسیاری از ناخرسندی‌ها و کجروی‌ها فردی و متعاقب آن موجب نابسامانی‌های اجتماعی شود (آوادیس یانس<sup>۱</sup>، ۱۳۸۰). هماهنگی و ارضای نیازهای زوجین، برآوردن نیازهای عاطفی، داشتن مهارت‌های مربوط به ایجاد تفاهم و شیوه‌های محبت و ارضای نیازهای جنسی زوجین می‌تواند باعث رضایت زوجین از زندگی مشترک و تداوم آن گردد. عشق، صمیمیت و رابطه جنسی جنبه‌های درهم تنیده روابط نزدیک هستند که هر کدام می‌تواند دیگری را به شیوه‌های مثبت یا منفی تحت تأثیر قرار دهد (دانش، ۱۳۸۳). بنابراین از آنجا که رفتار جنسی تا حدود زیادی اکتسابی و مبتنی بر یادگیری است، نیاز به آموزش و

---

1- Avadisynans

تربیت ویژه دارد (کجباف، ۱۳۸۵).

تجارب نشان داده که دانش و آگاهی نسبت به مسائل جنسی، زندگی را تغییر می‌دهد و اغلب آن را بهتر می‌کند، اما گاهی اوقات بین آموخته‌های فرد و پیوند او با زندگی شکاف وجود دارد (وستیمر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵، به نقل از یوسفی، ۱۳۸۴). فقدان دانش جنسی یا اطلاعات نادرست درباره مسائل جنسی با افزایش آسیب‌پذیری فرد، زمینه‌ساز پیدایش اختلالات جنسی وی می‌شود (بشارت، ۱۳۷۷). دانش جنسی به مجموعه معلومات، اطلاعات، دانش و آگاهی فرد در مورد جنسیت و مسائل جنسی از جمله جنبه‌های فیزیولوژیکی، تولیدمثل، عملکرد و رفتار جنسی فردی و بین فردی گفته می‌شود (یوسفی، ۱۳۸۴).

مسترز و جانسون<sup>۲</sup> (۱۹۷۰) طی پژوهش‌های خود دریافتند که در بسیاری از موارد نابهنجاری‌های جنسی حاصل بی‌اطلاعی از واقعیت بنیادی نظام پاسخ جنسی یا تصور نادرست از مسایل جنسی هستند. بنکرافت<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) دریافت که مشکل اصلی نابهنجاری‌های جنسی نداشتن اطلاعات مناسب درباره کارکرد جنسی است. اسپنس<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) بر تأثیر فوق‌العاده فقدان دانش جنسی بر ایجاد نابهنجاری‌های جنسی زنان تأکید کرده است. یکی دیگر از فاکتورهای مهم در زندگی زناشویی خودابرازی جنسی است. خودابرازی جنسی به انتقال احساسات، امیال و خواسته‌های جنسی گفته می‌شود که علی‌رغم دشواری‌هایش بهترین راه برای شناخت ترجیحات جنسی همسر و تکمیل اطلاعات جنسی زوجین است (وستیمر و لوباتر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲).

نتایج تحقیقات مسترز و جانسون (۱۹۷۰) نشان داد: زوجینی که نمی‌توانند درباره امیال و خواسته‌های جنسی خود صحبت کنند، بیش از سایر زوجین نابهنجاری‌های جنسی را تجربه می‌کنند.

1- Whestheimer

3- Bancroft

5- Whestheimer & Lopater

2- Masters & Johnson

4- Spence

هالبرستات<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که متغیرهای شخصیتی و ارتباطی بویژه خودابرازی جنسی، نگرش جنسی و نزدیکی با همسر از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده اختلالات جنسی زنان هستند.

وستیمر و لوپاتر نیز طی پژوهش خود دریافتند که زوجینی که از خودابرازی جنسی بالا برخوردارند بیشتر از زوجینی که از خودابرازی جنسی پایین برخوردارند از ارتباط جنسی با همسرشان لذت می‌برند.

جرارد پس از یک دهه کار بر روی مبحث خودابرازی به این نکته پی برد که وقتی که افراد به یکدیگر اعتماد می‌کنند و افکار، احساسات و واقعیت وجودی خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند، این مسأله در زوجین به رشد یک ارتباط صمیمانه کمک کرده و ارتباط جنسی شان را بهبود می‌بخشد (به نقل از کالینز و میلر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴).

یکی دیگر از فاکتورهای مهم در روابط زناشویی یکی از اقسام صمیمیت یعنی صمیمیت جنسی است. صمیمیت، احساس نزدیکی، تشابه و رابطه شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است و مستلزم شناخت و درک عمیق فرد دیگر به منظور بیان افکار و احساساتی است که به عنوان منشأ تشابه و نزدیکی به کار می‌رود. صمیمیت یک فرایند تعاملی است و شامل ابعادی مرتبط به هم است، محور این فرایند شناخت، درک، پذیرش، همدلی با احساسات فرد دیگر، قدردانی و پذیرش دیدگاه اوست. صمیمیت تنها یک تمایل یا آرزو نیست؛ بلکه یک نیاز اساسی و واقعی بوده و مفهوم وسیعی دارد که شامل خودافشایی، رابطه جنسی، نزدیکی هیجانی، بدنی و عقلی است. با از دست رفتن صمیمیت یکی از حلقه‌های پیوند زناشویی از بین می‌رود (باگاروزی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). اما یکی از اقسام صمیمیت، صمیمیت جنسی است و صمیمیت جنسی عبارت است از نیاز به در میان نهادن، سهیم شدن و ابراز افکار، احساسات و خیال‌پردازی‌های جنسی با همسر (اولیا، ۱۳۸۸).

1- Hulber  
3- Bagarozzi

2- Collins & Miller

آموزش‌های جنسی علاوه بر این که می‌تواند آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد صحیح را در زوجین ارتقاء بخشد و از حجم رفتارهای ناسالم و پرخطر بکاهد، می‌تواند نیاز برآورده نشده بهداشت جنسی را پاسخ گفته و زوجین نیازمند کمک را یاری دهد و زنان آموزش دیده خود می‌توانند منبع بسیار خوبی برای انتقال اطلاعات به همسران، فرزندان، همکاران و همسنان خود باشند (جنبش بین‌المللی مردم در این نسل، ۲۰۰۲). امروزه معروف‌ترین و متداول‌ترین روش‌هایی که در درمان کژکاری‌های جنسی به کار می‌روند، از نوع درمان رفتاری - شناختی جنسی هستند (نیکخو، ۱۳۸۰).

نتایج تحقیقات گیامی و دی کلومبی<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و زوج‌درمانی کاربردی‌ترین و موثرترین تکنیک‌های درمانی شناخته شده هستند. به دلیل تابو بودن مسائل جنسی بخصوص در مشرق زمین انجام چنین پژوهش‌هایی تا به حال کم بوده است.

با توجه به نقش ضرورت روابط جنسی درست و متعادل در جهت حفظ و بقای کانون خانواده و تابو بودن این مسأله در جامعه ما، آموزش جنسی به زنان و کمک به آنان در این زمینه امری لازم و ضروری می‌نماید. به همین دلیل، با توجه به تأثیر دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی از یک سو و جایگاه درمان شناختی - رفتاری جنسی و کاربرد اثربخشی آن از سوی دیگر هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش جنسی به شیوه شناختی - رفتاری بر بهبود دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی زنان در شهرستان مبارکه بود.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۶ نفر از زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهرستان

1- Giami & Decolomby

2-

مبارکه انجام شد. شرایط لازم برای ورود به پژوهش شامل: سلامت جسمانی - روانی، متأهل بودن، داشتن سطح سواد حداقل سیکل، عدم اعتیاد، شرایط سنی بین ۲۰-۴۰ سال، در شرف طلاق نبودن. سپس ۲۶ نفر از کسانی که شرایط ورود را داشتند به طور تصادفی و مساوی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

### ابزار پژوهش

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

**الف) پرسشنامه دانش جنسی:** پرسشنامه دانش جنسی به وسیله آن هوپر<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) ساخته شد که دارای ۱۵ سوال پیرامون مسائل جنسی زنان و مردان بود و از این رو برای هر دو جنس کارآیی داشت. همچنین مواد آزمون به صورت درست، غلط پاسخ داده می‌شد که برای پاسخ غلط نمره صفر و پاسخ درست نمره یک منظور می‌شد. از این رو حداکثر نمره آزمون ۱۵ و حداقل نمره آن صفر بود. این آزمون در پژوهش عشقی و همکاران (۱۳۸۵) استفاده شد و جهت همسانی درونی آن نیز از آلفای کرونباخ استفاده گردید که این ضریب برابر ۰/۷۲ بود.

**ب) پرسشنامه خودابرازی جنسی:** در این پژوهش به منظور سنجش خودابرازی جنسی از «مقیاس خودابرازی جنسی به همسر» ساخته شده توسط دکتر ویلیام واسنل<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) در دانشگاه ایالت میسوری استفاده شد. تعداد عبارات در این مقیاس ۱۰ عدد و نمره حداکثر ۵ و نمره حداقل ۱۰ بود. نمره‌گذاری مقیاس خودابرازی جنسی به همسر به این صورت است که با استفاده از طیف لیکرت (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد) به هر ماده از آزمون از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گرفت که هر چه نمره به حداکثر نزدیک‌تر بود نشانگر خودابرازی جنسی بالای زوجین و برعکس هرچه نمره به حداقل نزدیک‌تر بود نشانگر خودابرازی جنسی پایین زوجین به یکدیگر بود. این آزمون در پژوهش عشقی (۱۳۸۵) استفاده شد و جهت همسانی درونی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که این

1- Ann Hooper

2- William

ضریب ۰/۷۷ به دست آمد (عشقی، ۱۳۸۵).

ج) پرسشنامه صمیمیت جنسی: با مطالعه منابع معتبر علمی مرتبط با صمیمیت جنسی و پرسشنامه صمیمیت جنسی باگاروزی (۲۰۰۱) و پژوهش‌های انجام شده در این مورد، پیش‌نویس پرسشنامه صمیمیت جنسی تهیه شد. در این پیش‌نویس ۳۰ سوال مطرح شد. هر سوال دارای طیف ۴ گزینه‌ای (همیشه، گاهی اوقات، بندرت، هیچ وقت) با نمره‌های ۱-۴ بود. حداکثر نمره ۱۲۰ و حداقل آن ۳۰ بود. هر چه نمره به حداکثر نزدیک‌تر بود نشانگر صمیمیت جنسی بالای زوجین و هرچه نمره به حداقل نزدیک‌تر بود نشانگر صمیمیت جنسی پایین زوجین با یکدیگر بود. این پرسشنامه در پژوهش بطلانی (۱۳۸۷) استفاده شد و جهت تعیین پایایی آن بر روی ۷۰ زوج اجرا و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۸۱ به دست آمد (بطلانی، ۱۳۸۷).

### روش اجرا

جهت انجام پژوهش پس از انتخاب آزمودنی‌ها، پیش‌آزمون بر روی آن‌ها اجرا شد. سپس متغیر مستقل یعنی آموزش جنسی به شیوه شناختی - رفتاری که شامل ۶ جلسه به مدت ۲ ساعت و هر هفته ۱ جلسه بود بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و پس از اجرای جلسات آموزشی، آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس‌آزمون انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>۱</sup> و آزمون تحلیل واریانس چندراهه تجزیه و تحلیل شدند. شرح جلسات که با استفاده از منابع معتبر علمی و نظر خواهی از متخصصین تنظیم شده بود بدین شرح است:

جلسه اول: خوشامدگویی - معارفه، بیان اهداف و منطق آموزش، صحبت درباره میل جنسی و تاریخچه نگرش نسبت به آن.

جلسه دوم: آموزش در جهت افزایش آگاهی جنسی از طریق ارائه اطلاعات لازم، آموزش آرمیدگی، آموزش مهارت خیال‌پردازی.

1- Statistical Package for Social Sciences

جلسه سوم: آموزش مهارت‌های تمرکز- توجه و آگاهی از علائم حسی، آموزش بیان هیجان و خود ابرازی جنسی، آموزش برقراری صمیمیت جنسی.

جلسه چهارم: آشنایی با افکار و عقاید منفی و غیرمنطقی، بازسازی خودگویی‌های ناسازگارانه، آموزش افزایش خودگویی‌های مثبت.

جلسه پنجم: آموزش مهارت‌های ارتباطی و افزایش تعاملات مثبت، حل مسأله، استفاده از تکالیف خود پایی.

جلسه ششم: آموزش اختلال‌های جنسی در زنان

### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات دانش جنسی، خودابرازی و صمیمیت جنسی و در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی بر روی دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
دانش جنسی	آزمایش	۱۳	۶۰/۴۶	۱۷/۵	۷۵
	کنترل	۱۳	۶۰/۶۹	۱۹/۱۶	۵۹/۲۳
خودابرازی جنسی	آزمایش	۱۳	۲۲/۳۱	۹/۳۵	۳۰/۰۸
	کنترل	۱۳	۲۶/۱۵	۹/۴	۲۵
صمیمیت جنسی	آزمایش	۱۳	۷/۰۸	۲/۸۴	۱۰/۴۶
	کنترل	۱۳	۷/۱۵	۳/۱	۶/۸۵

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، میانگین کل دانش جنسی گروه آزمایشی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۶۰/۴۶ و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۶۰/۶۹ است. در حالی که در پس‌آزمون، میانگین نمرات دانش جنسی گروه آزمایشی ۷۵ و در گروه کنترل، این میانگین معادل ۵۹/۲۳ است. همچنین میانگین کل خودابرازی جنسی گروه



آزمایشی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۲۲/۳۱ و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۲۶/۱۵ است. در حالی که در پس‌آزمون، میانگین نمرات خودابرازی زوجین گروه آزمایشی ۲۶/۱۵ و در گروه کنترل، این میانگین معادل ۲۵ است. در نهایت میانگین کل صمیمیت جنسی گروه آزمایشی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۷/۰۸ و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۷/۱۵ است. در حالی که در پس‌آزمون، میانگین نمرات صمیمیت جنسی گروه آزمایشی ۱۰/۴۶ و در گروه کنترل، این میانگین معادل ۶/۸۵ است.

### فرضیه اصلی پژوهش

آموزش جنسی به شیوه شناختی- رفتاری، میانگین دانش، خود ابرازی و صمیمیت جنسی زنان متأهل گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون افزایش می‌دهد.

جدول شماره (۲) نتایج تحلیل مانکوابر روی میانگین مؤلفه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی‌داری (P)	همچون آماره	توان
آزمون اثر بیلابی	۰/۸۰۶	۲۶/۳۴۱	۳/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	**۰/۰۰۱	۰/۸۰۶	۱/۰۰۰
آزمون لاندای ویلکز	۰/۱۹۴	۲۶/۳۴۱	۳/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	**۰/۰۰۱	۰/۸۰۶	۱/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۴/۱۵۹	۲۶/۳۴۱	۳/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	**۰/۰۰۱	۰/۸۰۶	۱/۰۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۱۵۹	۲۶/۳۴۱	۳/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	**۰/۰۰۱	۰/۸۰۶	۱/۰۰۰

همان‌طوری که در جدول ۲: ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که آموزش جنسی به شیوه شناختی- رفتاری، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است ( $F=۲۶/۳۴۱, P=۰/۰۰۱$ ). برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل مانکوا، در جدول ۲: نشان داده شده است که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۸۱ درصد می‌باشد. یعنی ۸۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات مؤلفه‌های دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چندراهه متغیرهای پژوهش در رابطه با دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	میزان تأثیر آماری	توان آماری
دانش جنسی	۵۹/۵۰۸	۱	۵۹/۵۰۸	۸۲/۳۵۳	**./۰۰۱	۰/۷۹۷	۱/۰۰۰
خودابرازی جنسی	۲۴۲/۳۴۴	۱	۲۴۲/۳۴۴	۲۰/۹۷۴	**./۰۰۱	۰/۵۰۰	۰/۹۹۲
صمیمیت جنسی	۷۸۵/۸۰۰	۱	۷۸۵/۸۰۰	۱۱/۹۰۲	**./۰۰۲	۰/۳۶۲	۰/۹۰۸

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی شرکت‌کننده بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۵). لذا فرضیه‌های پژوهش تأیید گردید. بنابراین آموزش جنسی به شیوه شناختی- رفتاری بر میانگین دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی زنان متأهل گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان این تأثیر به ترتیب ۸۰، ۵۰ و ۳۶ درصد می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک و معنی‌داری نزدیک به صفر نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نیاز انسان به محبت و نوازش از جانب هم‌نوعش بسیار ژرف تر و حادث‌تر از احتیاج او به غذا است و ضرورت آن برای بقا و پایداری انسان امری غیرقابل‌انکار است. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که عدم برخورداری کافی از امنیت و سلامت جنسی نتایج وخیمی چون عصبیت کور، خشم خارج از حد، افسردگی، استفاده از مواد مخدر، عدم توانایی جسمی و روحی برای والد شدن و مراقبت از کودک، عدم توانایی و مهارت کافی برای داشتن یک رابطه سالم و عاطفی، عدم توانایی شکوفایی در جامعه، فرزندکشی و حتی مرگ را به دنبال دارد (ریچارد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

1- Richard

در زمینه رابطه جنسی می‌توان گفت که اگرچه زندگی زناشویی سعادتمندانه فقط تا اندازه‌ای مربوط به رابطه جنسی است ولی این رابطه ممکن است از مهم‌ترین علل خوشبختی یا عدم خوشبختی در زندگی زناشویی باشد؛ زیرا اگر این رابطه قانع کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی، عدم احساس ایمنی و به خطر افتادن سلامت روان و در نتیجه از هم پاشیدگی خانواده می‌شود (زرشکن زمانپور، ۱۳۸۰).

بنابراین فعالیت جنسی و جنسیت یک بخش مهم زندگی است. شاید در گذشته چنین رفتاری براساس کوشش و خطا و نه براساس اطلاعات و دانش درست رخ می‌داد اما امروزه آموزش جنسی یک تعیین‌کننده مهم در موفقیت ازدواج محسوب می‌شود. با گسترش بیماری‌های جنسی، افزایش اختلالات جنسی، افزایش نرخ بیماری‌های منتقله از طریق فعالیت و روابط جنسی، بیماری ایدز و... تأکید بر آموزش جنسی یک ضرورت است (اینترنت).

لذا هدف از این پژوهش بررسی تاثیر آموزش جنسی شناختی - رفتاری بر دانش خودابرازی و صمیمیت جنسی زنان بود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در زمینه دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی قبل از مداخله آموزشی، اختلاف در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت. اما بعد از مداخله آموزشی اختلاف در دو گروه آزمون و کنترل ایجاد شد و بعد از مداخله افزایش معنی‌داری در گروه آزمون حاصل شد که بیانگر تاثیر مداخله آموزش جنسی شناختی - رفتاری در گروه آزمون بوده است.

پژوهش‌های فراوانی نشان دادند که آموزش‌های شناختی - رفتاری در درمان بسیاری از اختلالات روانی - جسمی موثر است، حتی اگر در مورد این بیماری‌ها سایر انواع درمان‌ها نیز وجود داشته باشد (کابالو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸).

در مطالعه‌های هویر و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) و ژاکوش و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) از آزمون

1- Caballo

2- Hoyer et al

3- Jacques et al

شناختی - رفتاری برای کاهش اختلال عملکرد جنسی استفاده شد و هر دو مطالعه نشان دادند که این روش تأثیر مفید و معنی‌داری داشته است.

در ایران، دهقانی و همکاران (۱۳۸۲) در نتایج تحقیقات خود دریافتند که آموزش‌های شناختی - رفتاری در افزایش مهارت‌های جنسی در گروه آزمون موثر بوده است.

یکی از مؤلفه‌های درمان رفتاری - شناختی پژوهش حاضر، دادن اطلاعات و آگاهی (دانش) جنسی به زنان بود. در این زمینه پژوهشگران زیادی از جمله مسترز و جانسون (۲۰۰۴)، بنکرافت (۱۹۸۹) و اسپنس (۱۹۹۱) به رابطه بین دانش و نابهنجاری‌های جنسی اشاره کرده‌اند. همچنین دراگوئیس و میر (۱۹۷۹) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) در پژوهشی به مقایسه دانش و مهارت نسبی زوجین مبتلا به نابهنجاری‌های جنسی با زوجین فاقد این نابهنجاری‌ها پرداختند. نتایج نشان داد که زن و شوهر مبتلا به نابهنجاری‌های جنسی به طور معناداری از معلومات جنسی کمتری برخوردارند.

مک مولن و روزن<sup>۱</sup> (۱۹۷۴) در درمان زنان مبتلا به اختلالات جنسی به شیوه شناختی - رفتاری از ارائه دانش و اطلاعات به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان استفاده کردند که نتایج مثبتی را در پی داشت.

گلن<sup>۵</sup> (۱۹۸۳) نشان داد که ارائه آموزش‌ها و اطلاعات جنسی، آناتومی بدن و تکنیک‌های جنسی از جمله اصول اساسی رویکرد رفتاری موثر در درمان نابهنجاری‌های جنسی هستند.

پژوهش عشقی (۱۳۸۵) نشان داد که مشاوره شناختی - رفتاری، دانش جنسی زنان را افزایش داده است.

پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۸۸) نیز نشان داد که آموزش شناختی - رفتاری جنسی بر افزایش دانش گروه آزمون اثربخش بوده است.

---

1- MCMullen & Rosen

2- Gellman

نتایج پژوهش حاضر هم نشان داد که آموزش جنسی در افزایش دانش و آگاهی جنسی زنان موثر بوده است و نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ذکر شده هم‌خوانی دارد.

یکی دیگر از مؤلفه‌های این پژوهش خودابرازی جنسی است. در این زمینه پژوهش‌هایی وجود دارد. از جمله: مک کارتی (۱۹۸۴) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) که با آموزش سه مؤلفه‌ی ابراز عاطفه، بحث و گفتگو و صحبت درباره خواسته‌های جنسی اقدام به درمان زنان سردمزاج به شیوه شناختی - رفتاری جنسی کرد و نتایج نشان داد که آموزش این سه مؤلفه خودابرازی در درمان سردمزاجی زنان موثر هستند.

هالبرستات و همکاران (۱۹۹۳) طی پژوهشی دریافتند که متغیرهای شخصیتی و ارتباطی به ویژه خودابرازی جنسی، نگرش جنسی و نزدیکی با همسر از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده اختلالات جنسی زنان هستند.

وستیمر و لوپاتر (۲۰۰۲) نیز دریافتند که همسران دارای خودابرازی بالا بیشتر از رابطه جنسی با همسرشان لذت می‌برند؛ زیرا از خواسته‌ها و ترجیحات جنسی همسرشان آگاه‌ترند.

جرارد با یک دهه کار بر روی مبحث خودابرازی بیان کرد که وقتی افراد به همدیگر اعتماد کرده و افکار، احساسات و واقعیت وجودی خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند، این مسأله در زوجین به رشد یک ارتباط صمیمانه کمک کرده و ارتباط جنسی‌شان را بهبود می‌بخشد (به نقل از کالینز و میلر، ۱۹۹۴).

تحقیق عشقی (۱۳۸۵) هم نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری جنسی، خودابرازی جنسی زنان را بهبود می‌بخشد.

در پژوهش حاضر نیز آموزش جنسی در افزایش خودابرازی جنسی تاثیر داشته است که با نتایج تحقیقات ذکر شده هم‌خوانی دارد.

باگاروزی صمیمیت را شامل ۹ بعد صمیمیت عاطفی، هیجانی، روانشناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباییشناختی، اجتماعی - تفریحی و زمانی می‌داند. از بین انواع مختلف صمیمیت، صمیمیت جنسی شامل در میان گذاشتن تجارب عاشقانه با یکدیگر، نیاز به تماس بدنی، آمیزش جنسی و روابطی می‌شود که برای برانگیختن، تحریک و رضایت جنسی طرح‌ریزی می‌شود (باگاروزی، ۲۰۰۱).

نتایج پژوهش پاک گوهر و همکاران (۱۳۸۲) نشان داد که آموزش مسائل جنسی می‌تواند باعث احساسات مثبت، نزدیکی و صمیمیت همسر، افزایش ارتباط زناشویی و رضایت زناشویی گردد.

اعتمادی و همکاران (۱۳۸۵) در طی پژوهش خود نشان دادند که کاربرد تکنیک‌های مبتنی بر نظریه شناختی - رفتاری میزان صمیمیت عاطفی و جنسی زوجین را افزایش می‌دهد. در پژوهش حاضر نیز آموزش شناختی - رفتاری جنسی، صمیمیت جنسی زوجین را به طور معناداری افزایش داده است که این امر با نتایج پژوهش‌های ذکر شده همسو است.

در این پژوهش مانند پژوهش‌هایی که به آن اشاره شد، تأثیر آموزش‌های شناختی - رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی مشهود است. در این پژوهش نیز اثربخشی این آموزش‌ها، سه مؤلفه دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی را افزایش داده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش شناختی - رفتاری یکی از مؤلفه‌های آموزشی و درمانی جنسی موفق است. البته محدودیت‌هایی که در این پژوهش قابل ذکر است شامل: کم بودن حجم نمونه و امکان تعمیم‌پذیری کمتر نتایج به جامعه زنان، مشکلات فراوان در مرحله نمونه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات و توجیه افراد برای شرکت و ادامه دادن جلسات به علت تابو بودن مسائل جنسی در جامعه بخصوص در شهرستان‌های کوچک می‌شود و بدین منظور پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر و امکانات مالی بیشتری را می‌طلبید.

لذا پیشنهاد می‌شود که به علت بررسی میزان پایداری تأثیرآموزش، آزمون‌های پیگیری به فواصل مختلف پس از اتمام دوره آموزشی صورت گیرد. همچنین با توجه به

تأثیر انکارناپذیر مسائل و روابط جنسی در زندگی زناشویی پیشنهاد می‌گردد که کارگاه‌های آموزشی بهبود ارتباط جنسی، به منظور پیشگیری از مشکلات جنسی زوجین در مراکز مشاوره و راهنمایی، نه تنها برای زنان بلکه برای مردان نیز دایر گردد تا از این آموزش‌ها در جهت افزایش هر چه بیشتر صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات استفاده شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۰۴/۲۵  
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۷/۲۰  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۰۴

## منابع

## References

- آوادیس یانس، هامایاک (۱۳۸۰). زندگی جنسی زنان: آشنایی با رفتارهای جنسی و روش‌های شناخت و درمان اختلال‌های جنسی زنان (ترجمه، محمدرضا نیکخو)، تهران: انتشارات سخن
- اولیا، نرگس (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش رضایتمندی زوجین شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- اعتمادی، عذرا؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ احمدی، احمد؛ فرزاد، ولی‌اله (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان، مجله مطالعات روانشناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۲، شماره ۱ و ۲، ص ۶۹-۸۷.
- اوحدی، بهنام (۱۳۸۵). تمایلات و رفتارهای جنسی انسان، اصفهان: انتشارات صادق هدایت، چاپ هشتم.
- کجباف، محمداقبر (۱۳۸۵). روانشناسی رفتار جنسی؛ نظریه‌ها و دیدگاه‌ها، چاپ سوم، تهران: نشر روان.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۷۷). مشکلات جنسی: طبقه‌بندی، علت‌شناسی، سنجش و درمان، مجله تازه‌های روان درمانی، ۱۰-۹، ص ۹-۲.
- بطلانی، سعیده (۱۳۸۷). تأثیر زوج درمانی مبتنی بر دل‌بستگی بر رضایت و صمیمیت جنسی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- پاک‌گوهر، مینو؛ میرمحمدعلی، ماندانا؛ محمودی، محمود؛ فرنام، فرناز (۱۳۸۳). بررسی تأثیر مشاوره قبل از ازدواج بر بهداشت جنسی و رضایت زناشویی، چکیده مقالات سمینار جایگاه بهداشت جنسی در باروری و ناباروری، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهیدبهشتی.
- دهقانی، اکرم؛ محمدخانی، پروانه؛ یونس، سیدجلال (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی بر نگرش جنسی زوجین، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۳۰.
- رحیمی، الهام؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ یونس، فلورا (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش شناختی - رفتاری بر دانش، نگرش و اعتماد به نفس جنسی زنان شیراز، مجله ارمغان دانش، دوره ۱۴، شماره ۳.
- زرشکن زمانپور، صدیقه (۱۳۸۰). بررسی رابطه رضایت زناشویی مادر با سازگاری اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر پایه پنجم شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت معلم.



- دانش، آذر (۱۳۸۳). بررسی رابطه رضایت زناشویی با رضایت از از رابطه جنسی زوجین، نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، تهران: پژوهشکده خانواده دانشگاه شهیدبهشتی.
- عشقی، روناک (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان آن‌ها در شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
- یوسفی، اسکندر (۱۳۸۴). رابطه بین دانش و نگرش جنسی با رضایت زناشویی در زوجین ساکن در مجتمع پژوهشگران جوان دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- Bagarozzi, D. (2001). *Enhancing Intimacy in Marriage*, USA: Brunner-Routledge; 25-6.
- Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and Its Problem*, 2<sup>nd</sup>, Ediburgh: Churchill Living Stone; 10-68.
- Caballo, ve. (1998). *International Handbook of Cognitive and Behaviorl Treatments for Psychological Disorders*, 3<sup>th</sup>ed. Granda: Spain; 110.
- Collins, N.L, & Miller, L.C. (1994). Self-disclosure and Liking: A Meta Analytic Reviw, *Psychology Balletin*, 2, 11-26.
- Gellman, C. (1983). Behavioral Approach to Sexual Dysfunction, *Encephale*; 14: 49B-55B.
- Giami, A, & De colomby, P. (2008). Sexology as a Professional in France, *Archives of Sexual Behavior*; 32(4): 371.
- Hoyer, J.; Uhhmann, S.; Rambow, J.; Jacobi. F. (2009). Reduction of Sexual Dysfunction: by Product of Cognitive-behavioral Therapy for Psychological Disorders, *Journal Sexual and Relationship Therapy*, 24: 64-73.
- <http://www.pregnancy-pictures-online.com>.
- Hulber, D.F, Apt. C, Rabehi, S.M. (1993). Ey Rariabales to Understanding Female Sexual Satisfaction: An Examination of Women in Non Distressed Marriage, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19 (2): 156-65.

- 
- Jacques, JDM; Lanjveld, V.; Everaerd, W; Grotjohann, Y. (2001). Cognitive Behavioral Bibliotherapy for Sexual Pysfunctions in Heterosexual Couples, *Journal of Sex Research*: b; 45-47.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little, Brown.
- McMullen, S; Rosen; Rc. (1978). Self-administrating Masturbation Treatment of Pimary Rgasmic Dysfunction, *Journal of Primary Orgasmic Dysfunction, Journal of Onsulting and Clinical Psychology*, 47: 912-8.
- Population Action International (2002). In This Generation, Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World, Whashington DC, USA.
- Richard, M. (1999). *Silence about Sexual Problems Can Burt Relation Ship*, *Jam Med Assoc* Feb 10, 281(6): 73.
- Spence, S.H. (1991). *Psychasexual Therapy: A Cognitive-Behavioural Approach* Landon: Chapman and Hall.
- Whestheimer, R. & Lopater, S. (2002). *Human Sexuality: A Psychology Perspective*, Philadelphia: Lippincott Williams & Whilkins.