

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میل جنسی و برانگیختگی جنسی در زنان با سوء مصرف مواد مخدر*

مهین نوروزی دشتکی^۱، تقی پوراابراهیم^۲، مجتبی حبیبی^۳، سعید ایمانی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۰۵

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میل جنسی و برانگیختگی جنسی در زنان با سوء مصرف مواد مخدر بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان با سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز درمانی اعتیاد مخصوص زنان شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود. از بین آنها، ۲۸ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش نامه جمعیت شناختی، پرسش نامه عملکرد جنسی زنان و مصاحبه تشخیصی تمایل جنسی زنان بود. بسته آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت یک ماه و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (دو بار در هفته) به گروه آزمایش آموزش داده شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثرات معناداری بر بهبود میل جنسی و برانگیختگی جنسی زنان با سوء مصرف مواد مخدر داشت و این تاثیرات در مرحله پیگیری نیز پایدار بودند. **نتیجه گیری:** به نظر می رسد که ذهن آگاهی می تواند در کنار سایر مداخلات مثل دارودرمانی و مداخلات پزشکی، در بهبود میل و تحریک جنسی زنان با سوء مصرف مواد مخدر موثر باشد.

کلیدواژه ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سوء مصرف مواد مخدر، میل جنسی، برانگیختگی

جنسی

*. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه شهید بهشتی و با حمایت مادی و معنوی ستاد مبارزه با مواد مخدر است.

۱. کارشناس ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. پست الکترونیک: t_pouebrahim@sbu.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان شناسی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر^۱ به عنوان یک بیماری مزمن به واسطه اثرات مخرب جسمانی و روانی، برای فرد و سایر اعضای خانواده و جامعه هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزافی را به همراه دارد، به گونه‌ای که در هر فرهنگ و یا ملتی به یک چالش مهم تبدیل شده است (جاوید، چوختایی و کیانی^۲، ۲۰۲۰). بر اساس آخرین گزارش‌های منتشر شده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل^۳ (۲۰۱۷)، آمار مصرف کنندگان مواد در جهان ۲۷۱ میلیون نفر یا ۵/۵ درصد از جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال تخمین زده شده است. از این تعداد، ۵۳/۴ میلیون نفر مصرف کننده مواد مخدر هستند که تعداد ۲۹/۲ میلیون نفر از آن‌ها مصرف کننده مواد افیونی نظیر هروئین و تریاک بودند. در ایران، بر اساس آخرین آمارهای ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۸)، حدود ۴ میلیون نفر مصرف کننده مستمر و غیر مستمر مواد مخدر وجود دارد که تعداد مصرف کننده‌های مستمر مواد مخدر ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر است. در صورت محاسبه این جمعیت با بعد خانوار، حدود ۱۱ میلیون ایرانی به طور مستقیم درگیر پدیده مواد مخدر هستند (حاجیها، بهرامی احسان و رستمی، ۱۳۹۹). گزارش‌های مربوط به جنسیت و سوء مصرف مواد مخدر نشان می‌دهند که زنان حدود ۱۰ درصد از مصرف کنندگان مواد مخدر را تشکیل می‌دهند (گزارش دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل، ۲۰۱۷). اگرچه این آمارها نشان می‌دهد که شیوع اختلالات مصرف مواد در میان مردان بالاتر از زنان است، ولی شواهد همگرایی این نرخ‌ها را در زنان به خصوص در میان افراد جوان تر نشان می‌دهد (حاجیها و همکاران، ۱۳۹۷). افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، به ویژه زنان، به دلیل مصرف مواد با مشکلات اجتماعی، اقتصادی، قانونی و جنسی بسیاری مواجه می‌شوند. زنان در مقایسه با مردان به ولع و عود مصرف مواد آسیب پذیرتر هستند. همچنین، در راه درمان آن‌ها نیز موانع بیشتری در مقایسه با مردان وجود دارد. سرعت وابستگی زنان به مواد و عوارض جانبی مصرف در آن‌ها به مراتب بیشتر از مردان است (گیریفیث و فرانک^۴، ۲۰۱۹).

1. drug abuse

2. Javed, Chughtai & Kiani

3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

4. Griffith & France

در میان طیف وسیعی از عوارض جانبی احتمالی سوء مصرف مواد مخدر، اختلال عملکرد جنسی^۱ بسیار شایع است که از نظر بالینی قابل توجه است. این مسئله معمولاً در ارزیابی بالینی افراد با سوء مصرف مواد مخدر مورد غفلت واقع شده است، در حالی که می تواند منجر به لغزش^۲ و عدم پیروی از درمان شود (عبدالعظیم^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). سوء مصرف مواد مخدر ممکن است اثرات دوگانه‌ای بر عملکرد جنسی داشته باشد. بسیاری از افراد در ابتدای مصرف مواد مخدر بهبود عملکرد جنسی را گزارش می دهند، در حالی که مصرف طولانی مدت باعث کاهش میل جنسی^۴ و برانگیختگی جنسی^۵ می شود، به گونه‌ای که کمبود میل جنسی و ناتوانی جنسی در افراد وابسته به هروئین و افراد تحت درمان با برنامه‌های نگهداری متادون شایع است (مارتینوتی، بیلفیگیو، سانتاکروس و دی گایانتونیو^۶، ۲۰۱۸).

در توضیح تاثیر سوء مصرف مواد بر عملکرد/اختلال جنسی، مکانسیم‌های مختلفی مطرح شده است. سوء مصرف مواد با مهار هورمون آزاد کننده گنادوتروپین^۷ توسط هیپوتالاموس و/یا هورمون لوتئینی^۸ بخش پیشین هیپوفیز، از طریق تغییر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال^۹ و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-گاناد^{۱۰}، سبب کاهش سطح هورمون تستوسترون و افزایش فعالیت مهارگری گاما آمینو بوتیریک اسید^{۱۱} و کاهش فعالیت‌های برانگیختگی گلوتامات اسید^{۱۲} در سیستم اعصاب مرکزی می شود (پراب‌هاکاران، نیشا و وارقیس^{۱۳}، ۲۰۱۸). همچنین، کاهش آندروژن^{۱۴} توسط غدد فوق کلیوی (دهیدروپیاندروسترون^{۱۵}، دهیدورپیاندروسترون سولفات^{۱۶} و آندروستندیون^{۱۷}) نیز سبب تشدید مشکلات جنسی از جمله کاهش میل جنسی و برانگیختگی جنسی در افراد با

1. sexual dysfunction
2. relapse
3. Abdelazim
4. sexual interest
5. sexual arousal
6. Martinotti, Belfiglio, Santacroce & Giannantonio
7. gonadotropin
8. luteinizing hormone
9. hypothalamo-pituitary-adrenal (HPA)
10. hypothalamo-pituitary-gonadal (HPG)
11. gamma-aminobutyric acid
12. glutamic acid
13. Prabhakaran, Nisha & Varghese
14. androgen
15. dehydroepiandrosterone
16. dehydroepiandrosterone sulfate
17. androstenedione

سوء مصرف مواد می‌گردد (قادیکونکار و مورسی^۱، ۲۰۱۹). اختلال عملکرد جنسی زنان به عنوان اختلال در یک یا چند زمینه از عملکرد جنسی شامل میل، برانگیختگی، ارگاسم و درد جنسی و اختلالات جنسی ناشی از مصرف مواد مخدر و داروهای دیگر تعریف شده است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، ۲۰۱۳). آمار دقیقی از شیوع اختلالات عملکرد جنسی در مصرف‌کنندگان مواد در دست نیست (احمدوند، سپهرمنش، ساعی و موسوی، ۱۳۹۵)، اما بررسی ۱۳۵ پژوهش در خارج از کشور نشان می‌دهد که شیوع اختلال جنسی در زنان به طور متوسط ۴۱ درصد است و اختلال در میل و برانگیختگی جنسی از شایع‌ترین نوع اختلالات هستند (مک‌کول^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین، بررسی فراتحلیل بانک‌های اطلاعاتی از سال ۱۳۸۰ تا آبان ۱۳۹۴ (رنجبران، چیذری و مطوری‌پور، ۱۳۹۴) و چندین پژوهش دیگر نشان می‌دهند که اختلال میل و برانگیختگی جنسی از رایج‌ترین اختلال‌ها در زنان ایرانی هستند (دادگر، کریمی، بخشی، عبداللهی و رحیم‌زاده برج، ۱۳۹۷؛ خالقی‌نژاد، کریمان، ناهیدی، عبادی و نصیری، ۱۳۹۷؛ دوستی و وزیری، ۱۳۹۷). اختلال میل و برانگیختگی شامل عدم وجود یا کاهش قابل توجه میل و برانگیختگی جنسی که حداقل با سه مورد از موارد زیر مشخص می‌شود، تعریف شده است: ۱) فقدان یا کمبود تمایل به فعالیت جنسی، ۲) فقدان یا کمبود افکار یا خیال‌پردازی‌های جنسی یا شهوت‌انگیز، ۳) فقدان یا کاهش آغازگری فعالیت جنسی یا معمولاً پذیرا نبودن تلاش شریک زندگی برای شروع رابطه، ۴) فقدان یا کمبود شور و لذت در طول فعالیت جنسی در تمام یا تقریباً تمام (تقریباً ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) تماس‌های جنسی (در زمینه‌های موقعیتی معین یا در صورت فراگیر بودن در تمام زمینه‌ها)، ۵) فقدان یا کمبود میل و برانگیختگی جنسی در پاسخ به هر نوع علائم جنسی یا شهوت‌انگیز درونی و بیرونی (مانند نوشتاری، کلامی و دیداری) و ۶) فقدان یا کمبود حس‌های تناسلی و غیر تناسلی در طول فعالیت جنسی در تمام یا تقریباً تمام (تقریباً ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) روابط جنسی (در زمینه‌های موقعیتی معین یا در صورت فراگیر بودن در تمام زمینه‌ها). این علائم

1. Ghadigaonkar & Murthy
2. diagnostic and statistical manual
of mental disorders (DSM)

3. McCool, Zuelke, Theurich,
Knuettel, Ricc & Apfelbacher

باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند و باعث ناراحتی چشمگیر در فرد شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). در حیطه درمان اختلال میل و برانگیختگی جنسی، در صورت عدم وجود گزینه‌های دارودرمانی، روش‌های مبتنی بر رفتار و روان (معمولا گروه‌های کوچک درمان شناختی-رفتاری، سکس تراپی و یا هر دو) مورد توجه قرار می‌گیرند (مستون و استانتون^۱، ۲۰۱۷). کار مسترز و جانسون^۲ (۱۹۶۶) به واسطه توصیف و استفاده از روش «تمرکز حسی» به عنوان مبنایی برای درمان مشکلات جنسی، تاثیر فوق‌العاده‌ای در حیطه تحقیقات درمان جنسی داشته است. اخیرا الگوی شناختی مطرح شده توسط بک (بک، بارلو و ساخیم^۳، ۱۹۸۳) انواع درمان‌های شناختی-رفتاری سازمان یافته را توسعه داده است. اساسا هدف الگوی شناختی، شناسایی تفکر ناسازگارانه به عنوان وسیله‌ای که توسط آن به حل مشکلات یک فرد کمک می‌شود، است. با این حال، بسیاری از ارزیابی‌های رویکرد شناختی-رفتاری در زمینه اختلال جنسی نشان می‌دهد که این درمان با محدودیت‌هایی مانند اندازه کوچک نمونه، فقدان گروه کنترل، ناقص بودن گزارش اندازه اثر و میزان پاسخ به درمان مواجه است (پایک و کلیتون^۴، ۲۰۱۵). با آغاز سال ۲۰۰۳، دکتر پروتو^۵ و همکارانش شروع به کاربرد ذهن آگاهی^۶ در درمان اختلالات جنسی کردند. ذهن آگاهی سابقه ۳۵۰۰ ساله در سنت بودایی دارد و به طور گسترده‌ای در خدمات بهداشتی غرب در طول سه دهه گذشته مورد استفاده قرار گرفته است. ذهن آگاهی به عنوان آگاهی بدون قضاوت و هشیاری لحظه حال تعریف شده است (کابات-زین^۷، ۲۰۱۵) و بر اساس چند واقعیت شکل می‌گیرد که شامل عدم واکنش‌پذیری، هشیاری مشاهده‌گرانه، عمل همراه با آگاهی و توجه و تمرکز خالی از قضاوت به تجارب است (بائر، اسمیت، هوکینز، رایتیمر و تونی^۸، ۲۰۰۶).

در خلال این سال‌ها، نتایج پژوهش و کارآزمایی‌های بالینی بسیاری در زمینه تاثیر ذهن آگاهی بر اختلال عملکرد جنسی در گروه‌های مختلفی از زنان انجام شده است

1. Meston & Stanton
2. Masters & Johnson
3. Beck, Barlow & Sakheim
4. Pyke & Clayton
5. Brotto
6. mindfulness
7. Kabat-Zinn
8. Baer, Smith, Hokins, Rietemeyer & Toney

(استیفنسون^۱، ۲۰۱۷). آدام، دی‌سوتر، دی و گریم^۲ (۲۰۲۰) در درمان‌هایی مبتنی بر ویدئو نشان دادند که هر دو رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری در بهبود عملکرد جنسی (شامل میل، برانگیختگی، ارگاسم و رضایت جنسی) و کاهش استرس جنسی موثر هستند، در حالی که برای درد جنسی رویکرد شناختی-رفتاری موثرتر واقع شد. ولتن، مارگراف، چیورز و بروتو^۳ (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود نشان دادند که تمرینات ذهن‌آگاهی سبب تطابق و هماهنگی پاسخ‌های ذهنی و تناسلی به محرک‌های جنسی می‌شود. در پژوهشی دیگر، پترسون، هندی و بروتو^۴ (۲۰۱۷) نشان دادند که هشت جلسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب پیشرفت‌های چشمگیری در تمایل جنسی، عملکرد جنسی و کاهش پریشانی‌های مرتبط با رابطه جنسی زنان مورد مطالعه شد. بروتو، چیورز، میلمن و آلبرت^۵ (۲۰۱۶) نیز در تحقیق خود تاثیر سکس تراپی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود تطابق تحریک تناسلی-ذهنی در زنان با مشکل میل و برانگیختگی جنسی را بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند که چهار جلسه سکس‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب بهبود تطابق تحریک تناسلی-ذهنی در مقایسه با قبل از مداخله شد. هاکر و مک‌کاب^۶ (۲۰۱۵) در پژوهش خود تاثیر ذهن‌آگاهی و گفتگوی گروهی آنلاین درمان شناختی-رفتاری را در زنان با مشکلات جنسی مختلف بررسی کردند. در گروه‌درمانی تمام جنبه‌های پاسخ جنسی زنان (به جز درد جنسی) بهبود چشمگیری را داشت و مشکلات جنسی و پریشانی‌های آن‌ها کاهش یافت. شعبانی و عبدی (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب بهبود اختلالات جنسی و رضایت جنسی در زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی شد. همچنین، نتایج پژوهش اسدی جاجایی، ابوالقاسمی، غفاری و نریمانی (۱۳۹۹) نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود کارکردهای خانوادگی، کارکردهای جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها در زنان با مشکل سرد مزاجی شد. احمدی، قائمی و فرخی (۱۳۹۸) به مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد

1. Stephenson
2. Adam, De Sutter, Day & Grimm
3. Velten, Margraf & Chivers

4. Paterson & Handy
5. Millman & Albert
6. Hucker & McCabe

جنسی مردان مبتلا به سرطان اصفهان پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها نشان داد که هر دو رویکرد در بهبود عملکرد جنسی موثر هستند.

اگرچه مکانیسم زیربنایی تاثیر ذهن آگاهی بر عملکرد جنسی به خوبی روشن نیست، اما می‌توان گفت که ذهن آگاهی به واسطه بهبود موانع آگاهی در خلال رابطه جنسی (توجه، خودقضاوتی و علائم بالینی مانند اضطراب و افسردگی) و بهبود قضاوت از خود و توجه بیشتر به احساسات لذت بخش، می‌تواند بهبود میل و برانگیختگی جنسی را در پی داشته باشد (آرورا و بروتو^۱، ۲۰۱۷). همچنین، ذهن آگاهی با مد نظر قرار دادن اجزای اساسی مدل بارلو^۲ (۱۹۸۶) برای توضیح اختلال جنسی در زنان و مردان نظیر کاهش اجتناب از فعالیت جنسی و حواس پرتی در خلال رابطه، تغییر محتوای طرح‌واره‌های منفی جنسی (و/یا کاهش فعال‌سازی آن‌ها)، تغییر منبع توجه (از غیر جنسی به جنسی) و کیفیت تجربیات (عدم قضاوت تجربیات و به جای آن قبول تجربیات) و کاهش انتظارات منفی و اجتناب‌های رفتاری و تجربی از رابطه جنسی ممکن است اختلال میل و برانگیختگی جنسی را در زنان کاهش دهد (استیفنسون، ۲۰۱۷).

۲۵۷

257

با توجه به مطرح شدن ایران به عنوان یکی از ارزان‌ترین و سریع‌ترین مسیرهای ترانزیت مواد مخدر از مرزهای شرقی به غرب؛ تاثیرات گسترده جسمانی، هیجانی و رفتاری ناشی از اعتیاد بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان (از جمله زندگی جنسی) و جایگاه و اهمیت زن در خانواده، سلامت خانواده و جامعه، لازم است به این گروه آسیب‌پذیر بیش از پیش توجه شود. نکته قابل توجه این است که مداخلات مربوط به سوء مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن غالباً بر اساس ویژگی‌ها و نیازهای مردان شکل گرفته است. بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سوال پژوهشی بود که آیا آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میل و تحریک جنسی در زنان با سوء مصرف مواد مخدر تاثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به سوء‌مصرف مواد مخدر (افیونی) مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد مخصوص زنان شهر تهران در سال ۱۳۹۴ (کمپ بهبود گستران پیشگام و مرهم) بود. برای انتخاب نمونه، یک مرکز درمانی از بین دو مرکز به صورت تصادفی و با روش قرعه‌کشی انتخاب شد (کمپ بهبود گستران همگام) و ۲۸ نفر از افرادی که داوطلب دریافت خدمات درمانی و واجد معیارهای ورود بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند (هر گروه ۱۴ نفر). در پژوهش‌های از نوع آزمایشی، حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه توصیه می‌شود. در برخی اوقات، تحقیق آزمایشی نیز با تعداد ۱۵ نفر در هر گروه در شرایط کنترل شده صورت می‌گیرد (دلاور، ۱۳۹۸). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) فاصله سنی بین ۱۷ تا ۴۰ سال، ۲) داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، ۳) دارا بودن ملاک تشخیصی سوء‌مصرف مواد افیونی مطابق با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۴) داشتن ملاک تشخیصی اختلال در میل جنسی و برانگیختگی جنسی بر اساس نقطه برش پرسش‌نامه استفاده شده در پژوهش، ۵) عدم دریافت درمان روان‌پزشکی و یا درمان با هر رویکرد درمانی دیگر در حداقل شش ماه قبل از اجرای پژوهش، ۶) عدم ابتلا به بیماری جسمی موثر بر میل جنسی (سرطان، دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی و غیره که بر اساس پرونده پزشکی موجود در کمپ بررسی شد)، ۷) عدم مصرف هر نوع داروی موثر بر میل و برانگیختگی جنسی و ۸) پر کردن فرم رضایت‌نامه کتبی جهت حضور در انجام پژوهش. همچنین، معیارهای خروج از پژوهش شامل این موارد بودند: ۱) زنان مبتلا به اختلال میل جنسی و برانگیختگی جنسی بر اساس معاینه پزشک متخصص بیماری زنان و زایمان که قبلاً تشخیص داده شده است، ۲) ابتلا به بیماری‌های جسمانی حاد یا مزمن، ۳) زنانی که در زمان مطالعه درمان‌های روان‌پزشکی دیگری دریافت می‌کردند، ۴) عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه‌ها، ۵) غیبت

بیش از دو جلسه در جلسات و ۶) ناتوانی ذهنی. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اسپاس پی‌اس اس تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان^۱: این پرسش‌نامه توسط روزن^۲ و همکاران (۲۰۰۰) طراحی شده و شامل ۱۹ سوال جهت بررسی افراد در ۶ بعد میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لغزنده‌سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی است. نمرات در نظر گرفته شده برای هر سوال در میل جنسی بین ۱ تا ۵ امتیاز و برای ابعاد برانگیختگی یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد بین صفر تا ۵ می‌باشد. حداکثر نمره برای هر حوزه ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. نقطه برش برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها به ترتیب عبارتند از: کل مقیاس ۲۸، میل جنسی ۳/۳، برانگیختگی جنسی ۳/۴، رطوبت و وزن ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایتمندی ۳/۸ و درد جنسی ۳/۸. به عبارت دیگر، نمرات بیشتر از نقطه برش مبین عملکرد خوب است. این پرسش‌نامه از نوع عمومی استاندارد است و پایایی آن توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب پایایی کل آزمون با دو روش تصنیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها با روش تصنیف ۰/۶۳ تا ۰/۷۵ و با روش بازآزمایی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (حمید، دهقانی‌زاده و فیروزی، ۱۳۹۱).

۲- مصاحبه تشخیص تمایل جنسی زنان^۳: این ابزار مصاحبه ساختارمندی است که توسط دروگیتیس^۴ و همکاران (۲۰۰۸) جهت تشخیص اختلال کم میلی جنسی زنان، اختلال برانگیختگی، اختلال ارگاسم و اختلال مقاربت دردناک زنان تهیه شده است. این مصاحبه تشخیصی دارای ۳۹ سوال می‌باشد که ۱۷ سوال در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=بندرت، ۵=خیلی زیاد) و ۲۲ سؤال به صورت بلی-خیر پاسخ داده می‌شود. برای تشخیص‌های مرتبط با اختلال برانگیختگی، اختلال ارگاسم و مقاربت دردناک کاپای

۰/۸۹، ۰/۹۷ و ۰/۹۵ به دست آمد است ($p < 0/001$). برای تشخیص اختلال میل جنسی، ضریب کاپا در گزارش متخصصین بالینی برابر با ۰/۸۵ و میزان حساسیت برابر با ۰/۸۲ بوده است و ارزش پیش‌بینی در سطح معناداری ($p < 0/001$) به دست آمده است. بر اساس پژوهش‌ها، این ابزار از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (سلیمانیان، نقی‌نسب اردهانی و ثناگو، ۱۳۹۴).

روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی شهر تهران و انجام هماهنگی‌های لازم و در نظر گرفتن اصول اخلاقی پژوهش، از بین دو کمپ معرفی شده توسط سازمان بهزیستی، کمپ ترک اعتیاد بهبود گستران همگام به صورت تصادفی انتخاب شد. از بین ۷۷ نفر زن حاضر در کمپ، ۶۴ نفر آن‌ها مصرف‌کننده مواد مخدر (افیونی) بودند که ۲۸ نفر از آن‌ها با دارا بودن شرایط حضور در پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را هفته‌ای دو جلسه و در مجموع ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته مدون شده حاصله از ادغام پروتکل درمانی باون و مارلات^۱ (۲۰۱۱) و بروتو و بیسون^۲ (۲۰۱۴) دریافت کردند. مداخله ذهن‌آگاهی جهت درمان اختلال جنسی مستقیماً از مقاله بروتو و بیسون (۲۰۱۴) استخراج شده است و تحت نظارت استاد راهنما و مشاور با بسته باون و مارلات (۲۰۱۱) ادغام شد و مورد تایید قرار گرفت. بسته ادغام شده به صورت آزمایشی بر روی یک گروه نرمال از دانشجویان اجرا شد و سپس برای نمونه اصلی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. هر جلسه با یک تمرین آغاز و با بحث در مورد تمرین ادامه و با تکالیف خانگی پایان می‌پذیرد (جدول ۱). آزمون پیگیری نیز دو ماه پس از خاتمه جلسات انجام شد.

جدول ۱: پروتکل درمانی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی افراد به یکدیگر و تنظیم خط مشی کلی جلسات، ارائه اطلاعاتی در مورد اختلال عملکرد جنسی و تصویر بدنی و ارتباط آن‌ها با هم و با اعتیاد، تمرین خوردن آگاهانه کشمش، اسکن بدن به مدت ۲۰ دقیقه جهت تسهیل هدایت شرکت کنندگان برای توجه به بخش‌های مختلف بدن (با تمرکز بر بخش‌های تناسلی) و ارائه تکلیف خانگی (پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش، در مورد غذا خوردن یا شستن ظرف آموخته‌اند).
دوم	توضیح و بحث در مورد چرخه پاسخ جنسی باسون ^۱ (۲۰۰۰)، تمرین وارسی بدن، مدیتیشن نشسته و ارائه تکلیف خانگی (ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن با توجه به ناحیه تناسلی خود به صورت غیر قضاوتی)
سوم	بحث در مورد اصول گاتمن و سیلور ^۲ (۱۹۹۹) در مورد روابط رضایت‌بخش، چگونگی مدیریت افکار و احساسات آزمودنی درباره بدنش، چگونگی پیشرفت تصویر بدنی، معرفی مدل شناختی- رفتاری به وسیله یک سناریو جنسی از تجربیات مشترک تمام زنان (زنان حاضر در درمان) و فرمول‌بندی شخصی در مورد چگونگی باقی ماندن نگرانی درباره تصویر بدنی، یکی کردن اهداف برای تغییر تصویر بدنی انجام تمرین دیدن و شنیدن، مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی و ارائه تکالیف خانگی (مدیتیشن نشسته، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند).
چهارم	مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نامیده می‌شود)، بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، تمرین قدم زدن ذهن آگاه، معرفی و تمرین مفهوم موضع بی طرفانه و عدم قضاوت و ارائه تکلیف خانگی (مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد خوشایند).
پنجم	انجام مدیتیشن نشسته، بحث و گفتگو در مورد ترکیب ابزار جهت افزایش برانگیختگی جنسی (برای مثال جملات عاشقانه و لرزانگر)، انجام سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن، تمرین مواجهه- سازی با آینه و ارائه تکلیف خانگی (مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره و تمرین مواجهه‌سازی).
ششم	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، ارائه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون: "محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند"، بحث در مورد نقش افکار در چرخه جنسی و

جدول ۱: پروتکل درمانی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
	تصویر بدنی، مواجهه سازی با مناطق بدنی خاص، چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۱ ساعت پی در پی و ارائه تکلیف خانگی (انجام ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد، به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره می‌باشد).
هفتم	مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، مضمون این جلسه این است که بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ تمرینی ارائه می‌شود که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی خوشایند و کدام یک ناخوشایند و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای طراحی کرد که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد، انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای و ارائه تکلیف خانگی (انجام ترکیبی از مدیتیشن برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد خوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید).
هشتم	مدیتیشن اسکن بدن، معرفی تمرکز حسی جهت استفاده با شریک جنسی در خانه و بحث و گفتگو در ترکیب ابزار جهت افزایش برانگیختگی جنسی، بحث در مورد استفاده از آنچه یاد گرفته‌اید، ۵ تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، در خلال برخی تمرینات ذهن آگاهی زنانه که در جلسه و بحث درگیر نبودند به خواندن مطالب تمرکز حسی و تصور این که چگونه ممکن است از آن‌ها با همسر خود استفاده کنند، تشویق شدند. همچنین، راهبردها و تمرینات جهت پیشرفت مداوم و موانع بالقوه مورد بحث قرار گرفت و مطرح شدن سولاتی در مورد کل جلسات.

یافته‌ها

جدول ۲ وضعیت جمعیت شناختی ۲۸ شرکت کننده پژوهش را نشان می‌دهد. بررسی آماری به وسیله آزمون کای اسکوتر گویای آن بود که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در هیچ کدام از شاخص‌های جمعیت شناختی وجود نداشت ($p > 0.05$).

جدول ۲: مقایسه وضعیت جمعیت شناختی افراد نمونه در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	طبقات	گروه		معناداری
		کنترل	آزمایش	
سن	۱۷ تا ۲۰ سال	۰	۲	۰/۲۵
	۲۱ تا ۳۰ سال	۸	۴	
	۳۱ تا ۴۰ سال	۶	۸	
وضعیت تاهل	مجرد	۲	۳	۰/۵۳
	متاهل	۹	۱۰	
	متارکه	۳	۱	
تحصیلات	سیکل	۵	۵	۰/۳۶
	متوسطه	۶	۸	
	فوق دیپلم	۱	۰	
	لیسانس	۲	۰	
	کارشناسی ارشد	۰	۱	
	۱ تا ۵ سال	۷	۶	
	۶ تا ۱۰ سال	۴	۲	
۱۱ تا ۱۵ سال	۳	۵		
مدت زمان مصرف	۱۶ تا ۲۰ سال	۰	۱	۰/۵۲
	۲۱ سال و بالاتر	۰	۰	

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های میل جنسی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است. به منظور ارزیابی تفاوت نمره‌های آزمودنی‌ها قبل از فرایند مداخله، این نمره‌ها در مرحله پیش‌آزمون به وسیله آزمون تی مستقل ارزیابی شدند. نتایج نشان داد بین گروه‌های پژوهش در شاخص میل جنسی ($p=0/59$, $t=0/53$) و برانگیختگی جنسی ($p=0/23$, $t=1/21$) تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>0/05$).

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات میل جنسی و برانگیختگی جنسی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	موقعیت آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
میل جنسی	پیش آزمون	۲/۸۹	۱/۲۴	۳/۱۷	۱/۴۹
	پس آزمون	۵/۱۱	۰/۷۸	۴/۲۷	۰/۸۴
برانگیختگی جنسی	پیگیری	۴/۷۷	۱/۱۱	۳/۴۸	۱/۲۸
	پیش آزمون	۲/۷۲	۱/۳۰	۳/۲۵	۰/۹۶
میل جنسی	پس آزمون	۴/۷۲	۱/۴۱	۳/۷۲	۱/۰۵
	پیگیری	۴/۶۴	۰/۶۷	۳/۸۰	۰/۹۸

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین گروه آزمایش در متغیر میل جنسی در مرحله پیش آزمون از ۲/۹۸ (با انحراف استاندارد ۱/۲۴) به ۵/۱۱ (با انحراف استاندارد ۰/۷۸) در مرحله پس آزمون افزایش یافت. این مقدار در مرحله پیگیری به ۴/۷۷ کاهش یافته است. همچنین، میانگین گروه آزمایش در متغیر برانگیختگی جنسی در مرحله پیش آزمون از ۲/۷۲ (با انحراف استاندارد ۱/۳۰) به ۴/۷۲ (با انحراف استاندارد ۱/۴۱) در مرحله پس آزمون افزایش یافت. این مقدار در مرحله پیگیری به ۴/۶۴ کاهش یافت.

برای بررسی معناداری این تغییرات از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل آماری داده ها، به منظور بررسی پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس ها)، آزمون ام باکس (جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس) و آزمون کرویت موخلی (جهت بررسی اصل کرویت) استفاده شد. نتایج غیر معنادار آزمون لوین برای متغیر میل جنسی در پیش آزمون ($F=0/984, p=0/330$)، پس آزمون ($F=0/01, p=0/91$) و پیگیری ($F=0/81, p=0/38$) و همچنین برای متغیر برانگیختگی جنسی در پیش آزمون ($F=0/37, p=0/55$)، پس آزمون ($F=0/87, p=0/360$) و پیگیری ($F=2/19, p=0/15$) حکایت از همگنی واریانس ها داشت ($p>0/05$). نتایج غیر معنادار آزمون ام باکس برای میل جنسی ($Box M=1/31, F=0/19, p=0/98$) و برانگیختگی جنسی

وارینانس-کوواریانس برقرار است ($p > 0/05$). همچنین، عدم معناداری آزمون کرویت موخلی برای میل جنسی ($p = 1/0$) و برانگیختگی جنسی ($p = 0/08$)، نشان‌دهنده برقراری مفروضه کرویت موخلی بود ($p > 0/05$). با توجه به برقراری پیش فرض‌های فوق، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت و نتایج در جداول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثبات اثرات بین‌گروهی و تعامل

متغیرها	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی	معناداری	مجذوراتا
میل جنسی	اثر زمان	۰/۴۴	۱۵/۶۴	۲	۰/۵۵
میل جنسی	اثر تعاملی گروه و زمان	۰/۷۸	۳/۵۱	۲	۰/۲۲
تحریک	اثر زمان	۰/۴۹	۱۳/۰۲	۲	۰/۵۱
جنسی	اثر تعاملی گروه و زمان	۰/۷۴	۴/۴۲	۲	۰/۲۶

* $p < 0/05$. ** $p < 0/001$.

جدول ۴ نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثبات اثرات بین‌گروهی و تعامل را نشان می‌دهد. نتایج این آزمون برای اثر زمان ($p = 0/44$ = لامبدا، ۱۵/۶۴، $p < 0/001$) و اثر تعاملی گروه و زمان ($p = 0/78$ = لامبدا، ۳/۵۱، $p < 0/05$) برای متغیر میل جنسی و نتایج این آزمون برای اثر زمان ($p = 0/49$ = لامبدا، ۱۳/۰۲، $p < 0/001$) و اثر تعاملی گروه و زمان ($p = 0/74$ = لامبدا، ۴/۴۲، $p < 0/05$) برای متغیر تحریک جنسی نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و تفاوت‌های مشاهده شده ناشی از عضویت گروهی است.

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر میل جنسی و برانگیختگی جنسی

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
زمان	۳۹/۹۳	۲	۱۹/۹۷	۱۶/۱۵	۰/۰۰۱***	۰/۳۸	۱/۰۰	
میل جنسی گروه × زمان	۹/۱۰	۲	۴/۵۵	۳/۶۸	۰/۰۳*	۰/۱۲	۰/۶۵	
خطا	۶۴/۳۱	۵۲	۱/۲۴	-	-	-	-	
زمان	۲۸/۵۹	۲	۱۴/۲۹	۱۶/۱۲	۰/۰۰۱***	۰/۳۸	۰/۹۹	
برانگیختگی گروه × زمان	۹/۸۶	۲	۴/۹۳	۵/۵۶	۰/۰۰۶**	۰/۱۸	۰/۶۲	
خطا	۴۶/۱۲	۵۲	۰/۸۹	-	-	-	-	

* $p < 0/05$. ** $p < 0/01$. *** $p < 0/001$.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که تاثیر زمان بر نمرات میل جنسی ($F=16/15, p < 0/001$) و برانگیختگی جنسی ($F=16/12, p < 0/001$) افراد نمونه معنی‌دار بود. بنابراین، می‌توان گفت که صرف نظر از گروه آزمایش، بین میانگین نمرات میل جنسی افراد نمونه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین، اثر تعامل بین زمان و گروه نیز برای متغیر میل جنسی معنادار بود. و برانگیختگی جنسی ($F=5/56, p < 0/01$) معنادار بود. بنابراین، می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات میل جنسی و برانگیختگی جنسی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت بود. همچنین، ضریب اتا نشان‌دهنده تاثیر مداخله درمانی است. این ضریب برای میل جنسی ۱۲ درصد و برای برانگیختگی جنسی ۱۸ درصد بود که بیانگر این است که انجام مداخله درمانی در بهبود میل جنسی و برانگیختگی جنسی به ترتیب حدود ۱۲ و ۱۸ درصد نسبت به حالت پیش‌آزمون موثر بوده است. برای تعیین این تفاوت‌ها بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون، تعقیبی بونفرونی استفاده شد و نتایج در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۱: نتایج آزمون تعقیبی بوئنرونی برای سنجش اختلاف بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر میل جنسی و برانگیختگی جنسی

متغیر	گروه	پیش آزمون-پس آزمون		پیش آزمون-پیگیری		پس آزمون-پیگیری	
		تفاوت	معناداری	تفاوت	معناداری	تفاوت	معناداری
میل جنسی	آزمایش	-۲/۲۲	** ۰/۰۰۱	-۱/۸۸	** ۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱
	کنترل	-۱/۱۰	* ۰/۰۴	-۰/۳۱	۱	۰/۷۹	۰/۲۹
برانگیختگی جنسی	آزمایش	-۲	** ۰/۰۰۱	-۱/۹۲	** ۰/۰۰۱	۰/۰۸	۱
	کنترل	-۰/۴۷	۰/۸۸	-۰/۵۶	۰/۴۴	-۰/۰۹	۱

* $p < 0.05$. ** $p < 0.001$.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، برای متغیر میل جنسی در گروه آزمایش تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری معنی‌دار بود، ولی تفاوت بین نمرات مراحل پس آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود. در گروه کنترل نیز تنها تفاوت بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون معنی‌دار بود (این معناداری برای گروه آزمایش بیشتر است). همچنین، برای متغیر برانگیختگی جنسی در گروه آزمایش تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری معنی‌دار بود، ولی تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با پیگیری معنی‌دار نبود. در گروه کنترل نیز بین میانگین نمرات هر سه مرحله با یکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). بر اساس این نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود میل جنسی و برانگیختگی جنسی موثر بود و این نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میل جنسی و برانگیختگی جنسی زنان با سوء مصرف مواد مخدر (افیونی) بود. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری موجب بهبود نمرات میل جنسی و برانگیختگی جنسی در پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های آدام و همکاران (۲۰۲۰)، ولتن و همکاران (۲۰۱۸)،

پترسون و همکاران (۲۰۱۷)، هاگر و مک‌کاب (۲۰۱۵)، شعبانی و عبدی (۱۳۹۹)، اسدی و همکاران (۱۳۹۹) و احمدی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی شامل تمرین مشاهده لحظه‌ای افکار، احساسات و عواطف به شیوه غیر قضاوتی است (بیشوپ^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). بهره‌گیری از این عناصر نه تنها سبب کاهش گرایش به خودانتقادی و ارزیابی پاسخ‌های جنسی می‌شود، بلکه کاهش افکار اضطراب‌آور در خلال رابطه را نیز در پی دارد. مدل دایره‌ای پاسخ جنسی (باسون، ۲۰۰۰) چندین عامل اساسی موثر بر میل و برانگیختگی جنسی را معرفی کرده است. حواس‌پرتی (از جمله خود قضاوتی و نگرانی در مورد نتایج نامطلوب)، اضطراب، گناه و شرم عواملی هستند که میل و برانگیختگی جنسی را مهار می‌کنند و سبب می‌شوند زنان با چنین مشکلاتی اغلب پاسخ به محرک‌های جنسی (ذهنی و بدنی) را انکار کنند (بروتو و بیسون، ۲۰۱۴). حواس‌پرتی به عنوان مهارکننده اصلی برانگیختگی جنسی است (کارواهلو و نوبر^۲، ۲۰۱۰) و رویکرد مبتنی بر ذهن‌آگاهی زنان را تشویق می‌کند که به عوامل پرت‌کننده حواس نظیر افکار منفی و اضطراب‌آور را به عنوان رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند که لزوماً دقیق و درست نیستند و لازم نیست به آن‌ها اعتقاد داشت و آن‌ها را دنبال کرد. همچنین، سبب می‌شود فرد در خلال رابطه کمتر تماشاگر باشد- مفهومی که توسط مسترز و جانسون (۱۹۶۶) مطرح شد و به دیدن خود در خلال فعالیت جنسی به عنوان نفر سوم اشاره دارد- در نتیجه حواس‌پرتی مربوط به افکار غیر جنسی کاهش می‌یابد و پذیرش خود به صورت غیر قضاوتی افزایش می‌یابد که به طور مستقیم بر سطوح مختلف پاسخ‌دهی جنسی زنان تاثیر می‌گذارد (بروتو و همکاران، ۲۰۱۶؛ بوث، لن و اورارد^۳، ۲۰۱۱). شیوه‌های ذهن‌آگاهی نه تنها می‌توانند از طریق حضور در لحظه حال باعث افزایش آگاهی لحظه به لحظه از محرک‌های جنسی و تغییرات بدنی (مانند انقباض دستگاه تناسلی، نبض‌دار شدن) تقویت‌کننده و حفظ‌کننده برانگیختگی و

تمایل جنسی (بروتو، ۲۰۱۷) شوند، بلکه زنان را به سمت ارزیابی سایر محرک‌ها به شیوه‌ای جنسی و غیر قضاوتی سوق می‌دهد (چیورز و بروتو، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر، ذهن آگاهی سبب تغییر در ساختار عصبی مناطقی از مغز می‌شود که در تنظیم توجه، احساسات و خودآگاهی در ارتباط است (تانگ و هولزل و پوسنر^۱، ۲۰۱۵)، به خصوص افزایش آگاهی با فعالیت مغز در قشر سینگولیت قدامی^۲ و کاهش فعالیت در نواحی مختلف جلوی مغز و منطقه لیمبیک^۳ مرتبط است. افزایش خودآگاهی در اینسولا^۴، قسمت میانی قشر پیش‌پیشانی^۵، قشر سینگولیت خلفی^۶، پیش‌گوه^۷ و جسم مخطط^۸ منعکس می‌شود. همچنین، شواهدی وجود دارد که توانایی گنجاندن احساسات در کلمات بدون قضاوت که در سایه تمرینات ذهن آگاهی افزایش می‌یابد، به طور مثبتی با حجم ماده خاکستری در سمت راست اینسولای قدامی و آمیگدال راست در ارتباط است (موراکامی^۹ و همکاران، ۲۰۱۲) که نشان می‌دهد افزایش حجم اینسولا ممکن است منعکس کننده آگاهی بیشتر شخص از وضعیت استرس‌زا و توانایی بیشتر در مدیریت شناختی احساسات است. با توجه به آنچه گفته شد، به طور خلاصه می‌توان گفت که ذهن آگاهی با بهبود در موانع روانی (توجه، خود قضاوتی و علائم بالینی نظیر اضطراب و افسردگی) منجر به بهبود آگاهی بدنی می‌شود و در حال حاضر به عنوان یک روش برای ارتقاء سلامت عملکرد جنسی زنان در نظر گرفته شده است.

این پژوهش محدودیت‌هایی داشت که بیان آن‌ها در نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش مفید خواهد بود. به لحاظ نمونه، جمعیت مورد مطالعه فقط محدود به مراکز کمپ زنان تهران بود و به لحاظ روش شناختی محدودیت اصلی این پژوهش محدودیت در تعمیم نتایج است. هر چند یافته‌های معنادار از نمونه‌های کوچک‌تر دقیق‌تر می‌باشند، اما به دلیل تعداد محدود نمونه در گروه‌های درمانی از اعتبار پژوهش کاسته می‌شود. همچنین، یافته‌های پژوهش فقط قابل تعمیم به شرکت‌کنندگانی است که ملاک ورود به پژوهش را

1. Tang, Holzel & Posner
2. anterior cingulate cortex
3. limbic
4. insula
5. medial prefrontal cortex

6. posterior cingulate cortex
7. precuneus
8. striatum
9. Murakami

دارا بوده و برای افرادی که از هر نظری متفاوت از آزمودنی‌های این پژوهش هستند، قابلیت تعمیم ندارد. همچنین، به علت ماهیت اختلال سوء‌مصرف مواد، آزمودنی‌ها جلسات ۹۰ دقیقه‌ای را به سختی تحمل می‌کردند و گاهی بین جلسه وقفه ۱۰ دقیقه‌ای اتفاق می‌افتاد (جهت مصرف سیگار). با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش، در آینده مداخلاتی با حجم نمونه بالاتر انجام شود. همچنین، اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال میل جنسی و برانگیختگی جنسی مردان با سوء‌مصرف مواد افیونی نیز بررسی شود. با تغییر الگوی مصرف مواد به ویژه در نوجوانان و جوانان، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان در افراد وابسته به مواد محرک مورد بررسی قرار گیرد. این درمان و مطالعه اثرات آن می‌تواند به صورت بلندمدت طی مطالعات پیگیرانه بررسی شود تا میزان پایایی تاثیرگذاری آن به دور از اثرات قرار گرفتن در جو درمانی بر بهبود میل جنسی و برانگیختگی جنسی بیماران بهتر مشخص شود. با توجه به اهمیت متناسب‌سازی بیمار با درمان، پیشنهاد می‌شود ویژگی‌های بیمار با درمان، گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سایر درمان‌ها از جمله شناختی-رفتاری مورد مقایسه قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسنندگان این مقاله از ستاد مبارزه با مواد مخدر جهت حمایت‌های مادی و معنوی، تمام شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و پرسنل و مسئولان کمپ بهبود گستران همگام، به‌ویژه خانم محب‌علی که از هیچ کمکی فروگذاری نکردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

احمدوند، افشین؛ سپهرمنش، زهرا؛ ساعی، رضوان و موسوی، سیدغلامعباس (۱۳۹۵). تاثیر درمان نگه‌دارنده با متادون بر عملکرد جنسی مردان مصرف‌کننده مواد. کومش، ۱۴(۴)، ۷۹۶-۸۰۲.

احمدی، اکرم؛ قائمی، فاطمه و فرخی، نورعلی (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان مبتلا به سرطان اصفهان. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی، ۱۸(۸۳)، ۲۱۸۵-۲۱۹۲.

اسدی جاجایی، صفورا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ غفاری، عذرا و نریمانی، محمد (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سرد مزاجی. *علوم روان شناختی*، ۱۹(۸۵)، ۹۱-۱۰۰.

حاجیها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۷). تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران: دستیابی به یک الگوی تبیینی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۳۴-۱۱۱.

حاجیها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۹). عوامل فردی آشکارساز و سوسه در زنان معتاد در شهر تهران: یک مطالعه گراند تئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۸۲-۴۷.

حمید، نجمه؛ دهقانی زاده، زهرا و فیروزی، علی اصغر (۱۳۹۱). تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسوس. *مجله زنان، مامائی و نازائی*، ۱۵(۲۰)، ۱۱-۱.

خالقی نژاد، خوشه؛ کریمان، نورالسادات؛ ناهیدی، فاطمه؛ عبادی، عباس و نصیری، ملیحه (۱۳۹۷). بررسی شیوع و برخی عوامل مرتبط با اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی مراجعه کننده به

خانه های بهداشت روستایی شهرستان نیشابور. *کومش*، ۲۰(۲)، ۳۱۶-۳۱۰.

دادگر، سلمه؛ کریمی، فاطمه زهرا؛ بخشی، محدثه؛ عبداللهی، محبوبه و رحیم زاده برج، فاطمه (۱۳۹۷). بررسی اختلال عملکرد جنسی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده

به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال های ۹۷-۱۳۹۶. *مجله زنان، مامائی و نازائی*، ۲۱(۸)، ۲۹-۲۲.

دلاور، علی (۱۳۹۸). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد. دوستی، مهتاب و وزیر، شهرام (۱۳۹۷). همه گیرشناسی اختلال های کژکاری جنسی زنان شهرستان

تهران. *جامعه شناسی آموزش و پرورش*، ۱۰(۱۰)، ۱-۱۲.

رنجبران، مهدی؛ چیدری، مینا و مطوری پور، پگاه (۱۳۹۴). بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان در ایران: مرور ساختاریافته و متآنالیز. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۷)، ۱۱۲۵-۱۱۱۷.

ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۸). *کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر*. تهران: نشر دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

سلیمانیان، علی اکبر؛ نقی نسب اردهانی، فاطمه و ثناگو، اکرم (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان سیستمی اختلالات میل جنسی بر بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی. *نشریه*

تخصصی روان پرستاری، ۳(۴)، ۷۰-۵۸.

شعبانی، جعفر و عبدی، حسن (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فزانشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*،

۱۸(۱)، ۶۹-۶۰.

References

- Abdelazim, S., Abolmagd, S. F., Abdalla, H., Enaba, D. A., Elsheikh, S. M., & Moselhy, H. F. (2015). Sexual Dysfunction and Sex Hormone Levels in Egyptian Opioid-Dependent Males. *American Journal of Pharmacy & Health Research*, 3(11), 2321-3647.
- Adam, F., De Sutter, P., Day, J., & Grimm, E. (2020). A Randomized Study Comparing Video-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Video-Based Traditional Cognitive Behavioral Therapy in a Sample of Women Struggling to Achieve Orgasm. *Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 312-324.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. American Psychiatric Pub.
- Arora, N., & Brotto, L. A. (2017). How does paying attention improve sexual functioning in women? A review of mechanisms. *Sexual Medicine Reviews*, 5(3), 266-274.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 140-148.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 51-65.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., & Sakheim, D. K. (1983). The effects of intentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Research and Therapy*, 21(1), 1-8.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., & Carmody, J. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Both, S., Laan, E., & Everaerd, W. (2011). Focusing "Hot" or Focusing "Cool": Attentional Mechanisms in Sexual Arousal in Men and Women. *Sexual Medicine*, 8(1), 167-179.
- Bowns, C. N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. New York: Guilford press.
- Brotto, L. A. (2017). Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 45, 11-17.
- Brotto, L. A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behavior Research and Therapy*, 57(1), 43-54.
- Brotto, L. A., Chivers, M. L., Millman, R. D., & Albert, A. (2016). Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal

- concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1907-1921.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of women's sexual desire: the role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 928-937.
- Chivers, M. L., & Brotto, L. A. (2017). Controversies of women's sexual arousal and desire. *European Psychologist*, 22(1), 5-26.
- DeRogatis, L. R., Allgood, A., Rosen, R. C., Leiblum, S., Zipfel, L., & Guo, C. Y. (2008). Development and evaluation of the Women's Sexual Interest Diagnostic Interview (WSID): A structured interview to diagnose Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in standardized patients. *Journal of Sexual Medicine*, 5(12), 2827-2841.
- Ghadigaonkar, D. S., & Murthy, P. (2019). Sexual Dysfunction in Persons with Substance Use Disorders. *Journal of Psychosexual Health*, 1(2), 117-121.
- Gottman, J., & Silver, N. (1999). *The Seven Principles for Making Marriage Work*. Crown Publishers imprint.
- Griffith, C., & France, B. L. (2019). Difference between Men and Women in Drug Use Disorders. *Archives of Clinical and Medical Case Reports*, 3(1), 27-32.
- Hucker, A., & McCabe, M. (2015). Incorporating mindfulness and chat groups into an online cognitive behavioral therapy for mixed female sexual problems. *Journal of Sex Research*, 52(6), 627-639.
- Javed, S., Chughtai, K., & Kiani, S. (2020). Substance Abuse: From Abstinence to Relapse. *Life and Science*, 1(2), 68-71.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483.
- Martinotti, G., Belfiglio, E., Santacroce, R., & di Giannantonio, M. (2018). *Sexual Dysfunctions and Substance-Related and Addictive Disorders*. In *Sexual Dysfunctions in Mentally Ill Patients* (pp. 153-162). Springer, Cham.
- Masters, W. H.; & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Toronto; New York: Bantam Books.
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sexual Medicine Reviews*, 4(3), 197-212.
- Meston, C. M., & Stanton, A. M. (2017). *Treatment of Female Sexual Interest/Arousal Disorder*. In: IsHak W. (eds) *The Textbook of Clinical Sexual Medicine*. Springer, Cham.
- Murakami, H., Nakao, T., Matsunaga, M., Kasuya, Y., Shinoda, J., Yamada, J., & Ohira, H. (2012). The structure of mindful brain. *Plos One*, 7(9), e46377.

- Paterson, L. Q. P., Handy, A. B., & Brotto, L. A. (2017). A pilot study of eight-session mindfulness-based cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. *Journal of Sex Research*, 54(7), 850-861.
- Prabhakaran, D. K., Nisha, A., & Varghese, P. J. (2018). Prevalence and correlates of sexual dysfunction in male patients with alcohol dependence syndrome: A cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(1), 71-77.
- Pyke, R. E., & Clayton, A. H. (2015). Psychological treatment trials for hypoactive sexual desire disorder: a sexual medicine critique and perspective. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(12), 2451-2458.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino Jr, 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.
- Stephenson, K. R. (2017). Mindfulness-based therapies for sexual dysfunction: A review of potential theory-based mechanisms of change. *Mindfulness*, 8(3), 527-543.
- Tang, Y. Y., Holzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.
- UNODC Research (2017). *World Drug Report*. Retrieved from United Nation Office on Drugs and Crime.
- Velten, J., Margraf, J., Chivers, M., & Brotto, L. (2018). Effects of a Mindfulness Task on Women's Sexual Response. *The Journal of Sex Research*, 55(6), 747-757.