

◇ نشریه علمی زن و فرهنگ

سال دهم، شماره ۳۹، بهار ۱۳۹۸

صفحات: ۸۷-۱۰۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۷/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۷

اثربخشی روان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، احساس گناه جنسی، کم‌رویی جنسی و جرات‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی

پیام سرابی^۱
فردین پرویزی^۲
کیوان کاکابرابی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، احساس گناه جنسی، کم‌رویی جنسی و جرات‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی شهرستان سنقر بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زن بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری بود. ابتدا همه آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های عملکرد جنسی (روزن و همکاران، ۲۰۰۰)، احساس گناه جنسی (موشر، ۱۹۹۸)، کم‌رویی جنسی (ون لانکواند و همکاران، ۲۰۰۸) و جرات‌ورزی جنسی (هالبرت، ۱۹۹۱) پاسخ دادند و سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد، اما برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی به‌کار گرفته نشد و پس از سه ماه مرحله پیگیری انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی، احساس گناه جنسی، کم‌رویی جنسی و جرات‌ورزی جنسی زنان مؤثر بود و این نتیجه در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد جنسی، احساس گناه جنسی، کم‌رویی جنسی، جرات‌ورزی جنسی.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: CPSyPSarabi@yahoo.com)

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

*** دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

مقدمه

کژکاری جنسی طبق تعریف عبارت است از آشفتگی در حس ذهنی لذت یا میل همراه با رابطه‌ی جنسی یا اختلال در عملکرد عینی فرد؛ و در ویراست پنجم کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، کژکاری‌های جنسی زنان شامل اختلال انگیختگی / علاقه جنسی زن (شایع‌ترین شکایت جنسی در زنان)، اختلال ارگاسمی زن، اختلال درد لگنی تناسلی / دخول می‌باشد (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). فعالیت جنسی، یکی از ابعاد زندگی بزرگسالان است که کیفیت زندگی آنان را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد (نوبر، گوئیا و گومز^۳، ۲۰۰۶). عملکرد جنسی^۴ مناسب و سالم یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است، یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی به حساب می‌آید، باعث ایجاد احساس لذت مشترک در بین زوج‌ها می‌شود و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد. یکی از مهم‌ترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی، روابط لذت‌بخش جنسی است و رضایت‌بخش نبودن آن منجر به احساس محرومیت، ناکامی و عدم ایمنی در همسران می‌شود؛ این محرومیت جنسی در بسیاری از مواقع در نهایت منجر به طلاق و ازهم گسستگی زندگی زناشویی می‌گردد (مکارتی^۵، ۲۰۰۲).

اختلالات جنسی^۶ در تمامی جوامع، اختلالی رایج محسوب می‌شود؛ شیوع این اختلال‌ها به این موضوع بستگی دارد که افراد، این مسائل را چگونه تعریف کرده، و به چه شکل آن‌ها را گزارش می‌دهند (واکلی^۷، ۲۰۰۵). نبود اطلاعات صحیح و آموزش ناکافی در مورد فعالیت جنسی و به دنبال آن، پیش‌نوازش ناکافی، نامناسب بودن فرآیند ارتباط، باورهای جنسی نادرست، درک ضعیف از نیازهای هر یک از طرفین، اضطراب در مورد عملکرد جنسی و ترس از عدم موفقیت در رابطه جنسی در بروز و تداوم اختلال‌های جنسی نقش دارند (مهرابی و دادفر، ۱۳۸۲). اختلالات جنسی ممکن است تحت تاثیر عوامل شخصیتی، اجتماعی - فرهنگی و خانوادگی پنهان باقی بماند و در مواردی خود را با علائم و نشانه‌های دیگری مثل ناراحتی‌های جسمانی، اختلال افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و گاه تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و جدایی پیش رود؛ این درحالی است که تشخیص به موقع و ارائه روش‌های درمانی مؤثر، به همراه آموزش صحیح مسائل جنسی به زوج‌ها می‌تواند مانع بسیاری از مشکلات فوق گردد و به کیفیت بهتر زندگی مشترک بیانجامد (اوحدی، ۱۳۸۵).

سلامت جنسی جنبه مهمی از سلامت عمومی و به‌ویژه سلامت زنان می‌باشد (گیس، کارلان، هانی و نایگار^۸، ۲۰۰۸). درواقع، سلامت روانی و جسمانی زنان نقش مهمی در استحکام بنیان خانواده دارد و عملکرد جنسی زنان در این مورد نقش مهمی بر عهده دارد (خمسسه، ۱۳۸۸؛ به نقل طباطبایی، سجادیان و معتمدی، ۱۳۹۶). به نظر می‌رسد دانش افراد در رابطه با مسائل مرتبط با فعالیت جنسی، نقش مهمی در رضایت جنسی

۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition (DSM-5)

۲. Sadock & Sadock

۳. Nobre, Gouveia & Gomes

۴. sexual function

۵. Mccarthy

۶. sexual disorders

۷. Wakley

۸. Gibbs, Karlan, Haney & Nygaard

ایفا می‌کند. از دیگر مسائل مهم در فرآیندهای روان‌شناختی جنسی، احساس گناه جنسی^۱، کم‌رویی جنسی^۲ و جرات‌ورزی جنسی^۳ می‌باشد (رلینی و مستون^۴، ۲۰۱۱). احساس گناه جنسی، مربوط به نیازها و رفتارهای جنسی، جنبه‌های مختلف زندگی شخص، روابط بین شخصی و در رأس آن‌ها روابط زوجین را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افرادی که احساس گناه می‌کنند نگران این هستند که قوانین اخلاقی خود را زیر پا بگذارند، و وقتی درگیر یک رفتار جنسی می‌شوند احساس بدی پیدا می‌کنند؛ هم چنین احساس گناه در مورد مسائل جنسی در چهارچوب زندگی مشترک، بارداری و سرکوب احساسات جنسی را نیز در پی دارد و باعث می‌شود افراد به شیوه اجتنابی با مسائل جنسی برخورد کنند (تیمورپور، مشتاق بیدختی و پورشهباز، ۱۳۹۰). منظور از کم‌رویی جنسی، تمرکز بر رفتار درونی (خود تمرکزی شخصی) و توجه بیرونی به محیط اطراف (شرم) در حین رابطه جنسی است و باعث می‌شود تا افراد از وضعیت درونی و بیرونی خود، ظاهر و رفتار خود از بافت جنسی، بیشتر آگاه شوند (بوس^۵، ۲۰۰۱). جرات‌ورزی جنسی نیز به منزله توانایی در شروع فعالیت‌های جنسی مورد نیاز و یا رد فعالیت‌های جنسی ناخواسته، حفظ خود از بارداری ناخواسته و بیماری جنسی ناقل تعریف شده است (شفیعی، ۱۳۸۳؛ به نقل طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۶).

موانع اجتماعی و فرهنگی، وجود تابوها و کج‌فهمی‌ها برآورد دقیق شیوع این اختلالات را دشوار می‌نماید. اختلالات عملکرد جنسی مطابق آمار ارائه شده، شیوع قابل ملاحظه‌ای در جوامع دارد، به عنوان مثال در آمریکا حدود نیمی از جمعیت مردان و زنان دچار نوعی از اختلالات جنسی هستند و گرچه شیوع آن در زنان بیشتر گزارش شده، ولی درصد بالایی از مردان را نیز شامل می‌شود (لامن، پیک و روزن^۶، ۲۰۰۹). مروری بر پژوهش‌های انجام شده درباره بررسی شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان و عوامل مرتبط با آن، از جمله پژوهش‌های هی ساسو، کوماموتو و ساتو^۷ (۲۰۰۵)، بر روی ۲۰۹۵ زن ژاپنی پالاسیوس، کاستانو و گرازیوتین^۸ (۲۰۰۹)، برمن، برمن و کانالی^۹ (۲۰۰۳)، و بالاخره پژوهش پون هولرز، روهلیچ و راز^{۱۰} (۲۰۰۵)، که بر روی ۷۰۶ زن اتریشی صورت گرفت، بیانگر افزایش شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان با افزایش سن آن‌ها است. در این پژوهش‌ها عوامل هیجانی، روابط بین فردی، و عوامل روان‌شناختی مانند اعتماد به نفس، طحوااره‌های جنسی، احساس گناه جنسی، کم‌رویی جنسی و تصویر ذهنی بدن، خود از جمله عوامل تاثیرگذار بر عملکرد جنسی زنان شناخته شد. پژوهش‌های محدودی در رابطه با اختلالات جنسی در بین زنان ایرانی انجام گرفته است. رنجبران، چیدری و مطوری‌پور (۱۳۹۴)، به بررسی شیوع اختلالات جنسی عملکرد جنسی زنان در ایران: مرور ساختار یافته و متاآنالیز پرداختند؛ نتایج نشان داد که شیوع کلی اختلالات جنسی عملکرد جنسی زنان در ایران براساس مدل تصادفی به روش معکوس واریانس ۴۳/۹ درصد، و به تفکیک در بعد میل جنسی، بعد تحریک روانی، رطوبت جنسی،

۱. feeling sexual guilty

۲. sexual shyness

۳. sexual assertiveness

۴. Rellini & Meston

۵. Buss

۶. Laumann, Paik & Rosen

۷. Hisasue, Kumamoto & Sato

۸. Palacios, Castano, & Grazziotin

۹. Berman, Berman, & Kanaly

۱۰. Ponholzer, Roehlich & Racz

ارگاسم، رضایت جنسی، درد هنگام رابطه، به ترتیب برابر ۴۲/۷ درصد، ۳۸/۵ درصد، ۳۰/۶ درصد، ۲۹/۲ درصد، ۲۱/۶ درصد و ۴۰/۱ درصد برآورد شد. رئیسی، قاسم‌زاده، میثمی، فیروزی خجسته‌فر، کرم‌مقدیری و همکاران (۱۳۹۴)، در مطالعه‌ای با هدف شیوع اختلال‌های عملکرد جنسی در مبتلایان به اختلال و سواس فکری - عملی پرداختند؛ یافته‌ها نشان داد از ۵۶ بیمار و سواسی متأهل، ۳۶ مورد زن بودند که ۸۱ درصد از زنان اختلال عملکرد جنسی را گزارش کردند، ۵۰ درصد کاهش میل جنسی، ۵۸ درصد اشکال در برانگیختگی جنسی، ۳۶/۱ درصد اختلال در لوبریکیشن، ۴۴ درصد اختلال ارگاسم و ۵۳ درصد درد جنسی گزارش گردید. رضائی‌تهرانی، فرهنگ‌مهر، محرابی، افضل‌سی و عابدینی (۱۳۹۱)، شیوع اختلالات جنسی را در بین ۷۸۴ زن متأهل ساکن مناطق شهری چهار استان کشور، ۲۷/۳ درصد برآورد نمودند. مزینانی، اکبری‌مهر، کراسکیان و کاشانیان (۱۳۹۱)، شیوع اختلالات عملکرد جنسی را در مناطق چهارگانه شهر تهران، ۳۱ درصد اعلام کردند. بهرامی، علیزاده و بهرامی (۱۳۹۰)، در پژوهشی با هدف بررسی شیوع اختلالات جنسی زنان در سنین باروری و عوامل مرتبط با آن انجام دادند؛ نتایج پژوهش نشان داد که ۶۴/۶ درصد از واحدهای پژوهش در روابط زناشویی خود دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. گشتاسی، وحدانی‌نیا، رحیمی‌فروشانی و محمدی (۱۳۸۶)، شیوع این اختلالات را در زنان استان کهگیلویه و بویر احمد ۸/۵ درصد گزارش نمودند. صفری‌نژاد (۱۳۸۴)، در یک پژوهش شیوع اختلالات جنسی را در بین ۲۶۲۶ زن ۶۰-۲۰ ساله ایرانی، ۳۱/۵ درصد گزارش کرده است.

پژوهش مستون^۱ (۲۰۰۶)، اولین پژوهشی است که به صورت تجربی تأثیر القای کم‌رویی جنسی بر پاسخ جنسی فیزیولوژیکی زنان سالم و مبتلا به اختلالات جنسی را سنجید. یافته‌ها نشان داد که هرچه افراد کم‌رویی عمومی بیشتری را گزارش می‌دادند، سطح بالاتری از درد جنسی را گزارش می‌کردند و توجه متمرکز بر خود به‌طور معنی‌داری پاسخ‌های واژینالی را کاهش می‌داد. پژوهش ون لانکولد، گایجن و سیکورا^۲ (۲۰۰۸)، نیز اولین پژوهشی بود که پاسخ‌های جنسی به محرک‌های شهوانی را در سطوح متفاوتی از حواس پرتی خنثی در زنان با مشکلات جنسی و بدون مشکلات جنسی بررسی کردند؛ یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد که با ایجاد شرایط حواس پرتی در هر دو گروه نسبت به نبود این شرایط، میزان سطح برانگیختگی جنسی در هر دو گروه کاهش یافت. ون لانکولد و برگ^۳ (۲۰۰۸)، با بررسی ابعاد مؤثر وضعیت و صفت توجه متمرکز به‌خود بر روی برانگیختگی جنسی زنان، نتیجه گرفتند زنانی که در زمان القای وضعیت متمرکز بر خود نمرات بالاتری را در صفت متمرکز بر خود دریافت می‌کردند، پاسخ‌های تناسلی ضعیف‌تری را نیز گزارش می‌دادند. بای، بهرامی، فاتحی‌زاده، احمدی و اعتمادی (۱۳۹۱)، در پژوهش خود نشان دادند که بین جرات‌ورزی جنسی و خودآگاهی جنسی همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد. تیمورپور، مشتاق‌بیدختی و پورشهباز (۱۳۹۰)، با پژوهشی تحت عنوان رابطه سبک‌های دلبستگی و سن با احساس گناه جنسی در زنان دانشجوی، نتیجه گرفتند که بین احساس گناه جنسی و سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا، اجتنابی، سن و مدت زمان ازدواج رابطه معنی‌داری وجود دارد. زنانی که سبک دلبستگی ایمن‌تری دارند، احساس گناه کمتر و زنانی که سبک دلبستگی نایمن دارند، احساس گناه بیشتری را گزارش می‌کنند. تیمورپور، مشتاق‌بیدختی و پورشهباز (۱۳۸۹)، در پژوهشی دریافتند که

۱. Meston

۲. Sykora

۳. Van Lankveld & Bergh

بین میل جنسی، احساس گناه جنسی، سبک‌های دلبستگی و رضایتمندی زناشویی رابطه معنی‌داری وجود دارد. مجتبیایی، صابری و علیزاده (۱۳۹۳)، در پژوهشی که با هدف نقش طرحواره‌های جنسی و تصویر بدنی بر کارکرد جنسی زنان پرداختند، دریافتند که بین طرحواره‌های جنسی (به‌جز خرده مقیاس صریح - راحت) با کارکرد جنسی، و نیز رضایت بدنی با کارکرد جنسی رابطه معنی‌داری وجود دارد. بهرامی، افتخار، کیامنش و سخندان (۱۳۹۲)، دریافتند که میان ازدواج به‌وصال نرسیده و دو عامل کارکرد جنسی پایین و خودابرازی جنسی پایین رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت. قاسمی، رنجبر سودجانی و شریفی (۱۳۹۶)، دریافتند که گرایش زوج‌ها به روابط فرازناشویی با عملکرد جنسی آن‌ها رابطه معنی‌داری دارد. هم‌چنین نتایج حاکی از آن بود که عملکرد جنسی پیش‌بینی‌کننده گرایش به روابط فرازناشویی می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای موج سوم رفتار درمانی می‌باشد، که نام خود را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: «آنچه خارج از کنترل شخصی تو هست را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باش». تاکید این درمان برخلاف موج اول و دوم رفتار درمانی، بر تغییر درجه اول نیست، بلکه این نوع رفتار درمانی بر تغییر درجه دوم تاکید دارد؛ یعنی به‌جای تغییر در رفتار به‌دنبال تغییر در ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه‌های بافتی از جمله ارتباط درمانی می‌باشد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵). به‌بیانی دیگر، در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد، و هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی فقط جهت اجتناب از افکار، احساسات و خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به‌فرد تحمیل شود. هم‌چنین، این درمان به فرد این فرصت را می‌دهد که به‌مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرایانه پردازد و هیجانات ثانویه مانند شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و تجربه نماید (فورمن و هربرت^۲، ۲۰۰۹). در حقیقت این رویکرد وجود افکار، باورها و احساسات منفی و آزاردهنده جنسی را مانع عملکرد جنسی سالم و در نتیجه رضایت جنسی نمی‌داند؛ آنچه عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد نوع رابطه‌ای است که فرد با این افکار و احساسات برقرار می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵). فرآیندهای مهم در شیوه درمانی پذیرش و تعهد، شامل پذیرش، در زمان حال بودن، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد (گرگ، کالجان، هیز و گلن لائوسون^۳، ۲۰۰۷).

بر اساس یافته‌های طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، نتایج گویای اثربخش بودن روش پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی، جرات‌ورزی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان بود. سیوحی، فاتحی‌زاده، احمدی، و اعتمادی (۱۳۹۴)، روش پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی (بهداشت، سلامت جسمانی و بعد روان‌شناختی) زنان را بهبود بخشید. در پژوهش نریمانی علمداری و ابولقاسمی (۱۳۹۳)، مداخله درمانی پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و مولفه‌های سلامت عمومی، نقش جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت روانی و سرزندگی مؤثر بود. یافته‌های پژوهش بورپه و لانگر^۴ (۲۰۰۵)، با استفاده از روش‌های پذیرش و تعهد و تمرکز ذهنی نشان داد که ارتباط قوی و معنی‌داری بین این مداخلات و رضایت زناشویی

۱. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

۲. Forman & Herbert

۳. Gregg, Callaghan, Hayes & Glenn-Lawson

۴. Burpee & Langer

است. باروچ، کانتر، بوش و یوسکیویچ (۲۰۰۹)، با استفاده از دو شیوه درمان سیستمی و روش پذیرش و تعهد بر روی آشفتگی زناشویی اثربخش گزارش نمودند. کارسون، کارسون، گیل و باکوم (۲۰۰۴)، با به کارگیری دو روش پذیرش و تعهد و تمرکز ذهنی نشان دادند که مداخلات سبب غنی‌سازی ارتباط زوج‌ها و سلامت روانی فردی شده است. براساس نتایج پژوهش کاوسیان، حریفی و کریمی (۱۳۹۶)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که بر رضایت زناشویی زوج‌ها مؤثر است. یافته‌های پژوهش امان‌الهی، حیدریان‌فر، خسته‌مهر و ایمانی (۱۳۹۳)، با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گویای اثربخش بودن در درمان پریشانی زوج‌ها بود. نتایج پژوهش کللال قوچان عتیق و سرایی (۱۳۹۵)، بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان بود. خانجانی و شکی، شفیع‌آبادی، فرزاد و فاتحی‌زاده (۱۳۹۵)، با به کارگیری دو روش زوج درمانی پذیرش و تعهد و زوج درمانی شناختی - رفتاری نشان دادند، که این دو مداخله درمانی تغییرات معنی‌داری در کیفیت زناشویی در مرحله پس‌آزمون ایجاد کرده است. نتایج پژوهش اکبری ترکستانی، رمضان‌نژاد، عابدی، عشرتی و نکوبهر (۱۳۹۵)، نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی عملکرد جنسی زوج‌ها نسبت به روش مرسوم مشاوره پیش از ازدواج وجود نداشت. نتایج یافته‌های اکبری ترکستانی، رمضان‌نژاد، عابدی، عشرتی و نکوبهر (۱۳۹۶)، نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی رضایت جنسی زوج‌ها نسبت به روش مرسوم مشاوره پیش از ازدواج وجود نداشت. امروزه یکی از مسائل مهم در جامعه، استحکام بنیان خانواده و رضایت زناشویی است، و طبق آمار جهانی، دو سوم طلاق‌ها جدایی‌ها به علت مسائل جنسی و زناشویی اتفاق می‌افتد (عشقی، ۱۳۹۱).

با توجه به اهمیت مسائل جنسی و رضایت زناشویی و تحکیم بنیان خانواده، ضرورت پرداختن به این موضوع و به کارگیری طرح درمانی مناسب در درمان ناکارآمدی جنسی زنان احساس می‌شود. این مساله هنوز جز مسائل تابو به‌شمار می‌رود و اطلاعاتی که در دست افراد قرار می‌گیرد، بیشتر از رسانه‌های غیرمعتبر و غیرتخصصی است، که این مساله مسبب مشکلات بیشتری در روابط بین زوج‌ها می‌شود؛ و هم‌چنین، ناکارآمدی جنسی زنان تأثیر فوق‌العاده و انکارناپذیری روی بهزیستی کلی فرد دارد (بالون^۱، ۲۰۰۸). رابطه جنسی ابزاری مهم برای تجربه صمیمیت است. رابطه جنسی خوب با رضایت مداوم از رابطه پیوند دارد. درحالی که رابطه جنسی کم و ناخوشایند، منشاء تعارضاتی در زوج‌های مشکل‌دار است. نارضایتی از رابطه جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در رابطه جنسی، و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، احساس عدم اعتماد به نفس و نظایر آن منجر شود. این مسائل توسط تنش‌ها و اختلافات، تقویت شده یا در قالب آن‌ها تجلی و بروز می‌یابد و به تدریج شکاف بین همسران را، عمیق‌تر می‌سازد. (بهرامی و محبی، ۱۳۸۷؛ به‌نقل کللال قوچان عتیق و سرایی، ۱۳۹۵). یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روانی افراد و زندگی زناشویی، ارضای جنسی است. بدیهی است که رضایت از رابطه جنسی ارتباط تنگاتنگی با رابطه کلی زن و شوهر دارد و یک ارتباط

۱. Baruch, Kanter, Busch & Juskiwicz

۲. Carson, Carson, Gil, & Baucom

۳. Balon

جنسی مشکل آفرین ممکن است بر تعامل زوجها تأثیر زیان آوری داشته باشد؛ حتی ناهماهنگی زناشویی در عملکرد موفقیت آمیز جنسی تداخل می‌نماید و ناهنجاری جنسی موجب بروز ناسازگاری زناشویی بیشتری می‌گردد و وقوع هر یک از مشکلات جنسی و زناشویی می‌تواند تأثیر زیان آوری بر سایر حوزه‌ها بگذارد (هورلبرت^۱، ۱۹۹۱). طی بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام گرفته، در ایران تنها پژوهش طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، یافت شد که به صورت مستقیم به اثربخشی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، جرات‌ورزی جنسی و کم‌رویی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی پردازد. با توجه به ملاحظات فوق و اهمیت به‌سزای رابطه مطلوب زنان، در رابطه جنسی و زناشویی، هدف از این مطالعه، تعیین اثربخشی روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته می‌باشد.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: طرح پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی (نیمه‌آزمایشی) با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله متأهل شهرستان سنقر که برای مشکلات جنسی به کلینیک روان‌شناسی و مشاوره آویستا مراجعه کرده بودند، و با توجه به نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، توسط روان‌شناس بالینی مبتلا به یکی از اختلالات جنسی تشخیص داده شده بودند را تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زن بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله متأهل دارای اختلال جنسی با تشخیص روان‌شناس بالینی؛ و معیارهای خروج شامل هم‌ابتلائی به اختلالات روانپزشکی، ابتلای همسر به اختلال جنسی، بارداری و عدم توانایی و رغبت برای انجام تکالیف بود.

روش اجرا

به دلیل اینکه این پژوهش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد؛ به طوری که یک رضایت‌نامه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند درمان نداشته باشند به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و از طرح پژوهش خارج شوند. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی و قرارگیری تصادفی نمونه‌ها در گروه آزمایش و کنترل، از هر دو گروه، پرسشنامه‌های ذکر شده به‌عنوان پیش‌آزمون به‌عمل آمد، سپس گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. این درمان براساس بسته فورمن و هربرت (۲۰۰۹)، و به صورت فردی بود و در جلسات ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته یک‌بار برگزار می‌شد تا افراد به راحتی مسائل و مشکلات خود را بیان کنند و به راحتی تحت درمان قرار گیرند. برای گروه کنترل هیچ درمانی انجام گرفته نشد. پس از اتمام درمان برای گروه آزمایشی، پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد؛ پس از سه ماه نیز آزمون پیگیری در مورد دو گروه به‌عمل آمد. خلاصه جلسات بسته درمانی فورمن و هربرت (۲۰۰۹)، در جدول شماره ۱ ارائه شده است. برای تجزیه و

۱. Hurlbert

تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۰ استفاده شد. روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش، آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار، و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس بود.

جدول ۱. جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	خلاصه جلسات
اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعان و اجرای پیش‌آزمون و هم‌چنین، تهیه فهرست فعالیت‌های رضایت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
دوم و سوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، بیان استعاره مهمان ناخوانده
چهارم و پنجم	آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به‌مراجعه در این مورد اینکه چه مهارت‌های مشاهده و توصیف می‌شود و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرد، متمرکز می‌ماند و اینکه این مهارت‌ها چگونه کار می‌کند. هم‌چنین، استفاده از تکنیک فرصت دادن به‌هریک از زوج‌ها هنگام مشاخره. بیان استعاره چاه و بیلچه
ششم و هفتم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود. سپس، در ادامه به افراد نحوه پاسخ‌گویی و مواجهه با تجارب ذهنی‌شان، ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها آموزش داده می‌شود. برشماردن نقاط مثبت و منفی زوج‌ها توسط یکدیگر بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی. بیان استعاره اتوبوس و قطار
هشتم	آموزش تحمل پریشانی، مرور جلسات قبل و بازخورد دادن زوج‌ها به یکدیگر. بیان استعاره شطرنج
نهم	آموزش تنظیم هیجان، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر
دهم	افزایش کارآمدی بین‌فردی، آموزش مهارت‌های بین‌فردی مهم، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

ابزار سنجش

الف) پرسشنامه عملکرد جنسی زنان: این پرسشنامه توسط روزن، براون، هیمان، لایبلوم، مهستون^۱ و همکاران (۲۰۰۰)، با هدف ارزیابی عملکرد جنسی زنان ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ سؤال و ۶ بُعد اصلی اختلالات جنسی زنان شامل میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لیزش‌گی واژن، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی را می‌سنجد. اعتبار مقیاس از طریق پایایی بازآزمایی در پژوهش‌های گوناگون ۰/۷۹ تا ۰/۸۶، و نمره ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است. محمدی، حیدری و فقیه‌زاده (۱۳۸۷)، پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۰ گزارش نمود. کراسکیان موجباری و کیب‌الهی (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱، و پایایی بازآزمایی را با فاصله یک‌ماه برابر با ۰/۸۸ گزارش نمودند. در پژوهش طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد.

ب) پرسشنامه احساس گناه جنسی موشر: پرسشنامه تجدیدنظرشده احساس گناه جنسی موشر (۱۹۹۸)، یک آزمون ۵۰ سوالی است که به‌وسیله موشر برای سنجش احساس گناه در مورد مسائل جنسی ساخته شد. سوال‌های آزمون در اندازه‌های هفت درجه‌ای لیکرت از صفر تا شش، و نمره احساس گناه جنسی فرد را در دامنه‌ای از صفر

۱. Female Sexual Function Inventory (FSFI)

۲. Rosen, Brown, Heiman, Leiblum & Meston

۳. Revised Moshier Guilt Inventory (RMGI)

تا ۳۰۰ می‌سنجد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تجدیدنظر شده احساس گناه جنسی موشر در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. براساس پژوهش تیمورپور و همکاران (۱۳۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه ۹۱۷ نفری ۰/۸۷ محاسبه شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

ج) **پرسشنامه جرات‌ورزی**: این پرسشنامه توسط هالبرت^۲ (۱۹۹۱)، به منظور سنجش میزان جرات‌ورزی جنسی زنان در تعامل با دیگران تدوین شد، و مشتمل بر ۲۵ سؤال است و در آن از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت استفاده شده است. این آزمون از گزینه همیشه (صفر) تا هرگز (چهار) درجه‌بندی شده است. برای سوال‌های ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۲ و ۲۳ از سیستم نمره گذاری معکوس استفاده می‌شود. به گزینه همیشه ۴ نمره و به گزینه هرگز هیچ نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد، و دامنه نمره گذاری آزمون از صفر تا ۱۰۰ است. هرچه آزمودنی نمره بالاتری را کسب کند، جرات‌ورزی جنسی بالاتری دارد و هرچه نمره کمتری را به دست آورد، دارای جرات‌ورزی جنسی کمتری است. هیگینز، مولینکس، ترسول، دیویدسون و مور^۳ (۲۰۱۱)، ثبات درونی ۰/۹۱ با روایی محتوایی مناسب گزارش نمودند. در پژوهش طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

د) **پرسشنامه کم‌رویی جنسی**: این پرسشنامه توسط ون لانکولد و همکاران (۲۰۰۸)، ساخته شد؛ این ابزار شامل دو بُعد خودتمرکز جنسی و شرم جنسی است. حداقل نمرات، صفر و حداکثر نمرات، ۴۸ می‌باشد. از جمع نمرات در دو بُعد، نمره کم‌رویی جنسی آزمودنی حاصل می‌شود. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده کم‌رویی جنسی کمتر است. این پرسشنامه در ایران توسط بای و همکاران (۱۳۹۱)، ترجمه شده است، و ضریب آلفای کرونباخ پس از ترجمه و تأیید روایی محتوایی، ۰/۷۰ محاسبه شد. در پژوهش طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده ۳۰/۵۶ سال با انحراف معیار ۴/۴۷ بود. برای انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد؛ بدین منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، هم‌خطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون عملکرد جنسی ۰/۴۷، احساس گناه جنسی ۰/۳۸، جرات‌ورزی جنسی ۰/۴۱ و کم‌رویی جنسی ۰/۳۹ به دست آمد؛ با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) در تمام متغیرها کمتر از ۰/۸۷ بود (۰/۸۷ < I). با توجه به مقادیر همبستگی‌های به دست آمده تقریباً از مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای تصادفی کمکی (کواریت‌ها)، اجتناب شده بود. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در بین نمرات دو گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد؛ نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در واریانس دو گروه مشاهده نمی‌شود. و لذا شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکنندگی نمرات در هر دو گروه یکسان است. بررسی نتایج آزمون IM با کس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس

۱. Hurlbert Inventory of Sexual Assertiveness (HISA)

۲. Hurlbert

۳. Higgins, Mullinax, Trussell, Davidson & Moore

۴. Exual Self-Consciousness Inventory SCS

- کوواریانس برقرار است ($P=0/71, F=0/88$). نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز (p) معنی‌دار نمی‌باشد ($F=1/51, P\leq 0/128$)؛ بنابراین فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است. به همین منظور می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورده می‌کند و می‌توان داده‌های پژوهش را توسط این روش آماری آنالیز کرد.

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار نمرات متغیر وابسته در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۳۵/۴۳	۲/۳۸	۳۴/۶۱	۳/۰۲
	پس‌آزمون	۴۰/۷۲	۵/۰۹	۳۳/۹۲	۳/۴۸
	پیگیری	۴۱/۱۹	۶/۲۷	۳۲/۵۵	۳/۸۶
احساس گناه جنسی	پیش‌آزمون	۱۳۷/۴۱	۱۵/۱۶	۱۳۶/۸۰	۱۵/۱۲
	پس‌آزمون	۱۳۰/۱۲	۲۰/۲۷	۱۳۴/۳۸	۱۷/۷۴
	پیگیری	۱۳۷/۶۸	۱۵/۴۸	۱۳۳/۲۰	۱۶/۱۹
جرات‌ورزی جنسی	پیش‌آزمون	۳۶/۷۲	۴/۴۱	۳۷/۸۰	۵/۳۷
	پس‌آزمون	۴۱/۵۷	۵/۴۹	۳۷/۲۳	۴/۴۶
	پیگیری	۴۰/۸۱	۵/۳۷	۳۷/۵۲	۵/۸۶
کم‌رویی جنسی	پیش‌آزمون	۱۱/۲۳	۴/۶۸	۱۶/۷۳	۴/۸۷
	پس‌آزمون	۱۲/۵۴	۳/۹۸	۱۶/۱۹	۴/۳۱
	پیگیری	۱۲/۵۴	۳/۹۸	۱۶/۱۹	۴/۳۱

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات عملکرد جنسی، احساس گناه جنسی، جرات‌ورزی و کم‌رویی جنسی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییرات چشمگیری یافته است.

فرضیه اول: روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی تأثیر دارد.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تأثیر عضویت گروهی بر عملکرد جنسی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۴۲۵/۲۳۴	۷۳/۵۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۰/۷۸۵
	عضویت گروهی	۱	۵۰۴/۱۲۳	۸۸/۲۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۰/۸۴۱
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲۹۷/۵۱۴	۲۷/۶۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۷۶۸
	عضویت گروهی	۱	۸۷۹/۴۲۹	۸۶/۵۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۰/۹۳۲

همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، تفاوت‌های بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای کنترل در گروه آزمایشی و کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده ($P < 0/001$)، به‌همین منظور اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان که در گروه آزمایش قرار داشتند، تأیید شد. اندازه تأثیر این مداخلات در مرحله پس‌آزمون برابر با $0/863$ درصد و در مرحله پیگیری برابر با $0/878$ درصد بود.

فرضیه دوم: روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس گناه جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی تأثیر دارد.

جدول ۴. تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تأثیر عضویت گروهی بر احساس گناه جنسی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۷۵/۷۱۸	۲۱/۶۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵	۰/۸۴۹
	عضویت گروهی	۱	۴۰۶/۵۱۴	۱۱۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶	۰/۷۹۲
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲۱/۸۵۳	۸/۱۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶	۰/۶۸۱
	عضویت گروهی	۱	۴۸۵/۶۵۷	۱۳۴/۲۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴	۰/۷۵۸

همان‌طور که در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، تفاوت‌های بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای کنترل در گروه آزمایشی و کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده ($P < 0/001$)، به‌همین منظور اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس گناه جنسی زنان که در گروه آزمایش قرار داشتند، تأیید شد. اندازه تأثیر این مداخلات در مرحله پس‌آزمون برابر با $0/826$ درصد و در مرحله پیگیری برابر با $0/784$ درصد بود.

فرضیه سوم: روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جرات‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی تأثیر دارد.

جدول ۵. تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تأثیر عضویت گروهی بر جرات‌ورزی جنسی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۳۸۴/۳۵۹	۷۲/۴۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶۵	۰/۸۲۱
	عضویت گروهی	۱	۵۰۸/۴۸۶	۸۷/۰۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۰/۷۹۰
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲۷۶/۲۳۹	۲۵/۲۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸۵	۰/۷۴۶
	عضویت گروهی	۱	۸۷۷/۵۴۷	۸۷/۵۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	۰/۸۶۲

همان‌طور که در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، تفاوت‌های بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای کنترل در گروه آزمایشی و کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده ($P < 0/001$)، به‌همین منظور اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جرات‌ورزی جنسی زنان که در گروه آزمایش

قرار داشتند، تأیید شد. اندازه تأثیر این مداخلات در مرحله پس‌آزمون برابر با $0/724$ درصد و در مرحله پیگیری برابر با $0/719$ درصد بود. فرضیه چهارم: روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کم‌رویی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی تأثیر دارد.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تأثیر عضویت گروهی بر کم‌رویی جنسی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیرها	درجه آزادی میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۸/۲۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	۰/۸۵۲
	عضویت گروهی	۱	۱۱۰/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲	۰/۸۳۶
پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۷/۵۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱	۰/۷۴۹
	عضویت گروهی	۱	۱۲۵/۴۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶	۰/۷۷۴

همان‌طور که در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، تفاوت‌های بین میانگین‌های تعدیل شده پس از کنترل متغیرهای کنترل در گروه آزمایشی و کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده ($P < 0/001$)، به‌همین منظور اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کم‌رویی جنسی زنان که در گروه آزمایش قرار داشتند، تأیید شد. اندازه تأثیر این مداخلات در مرحله پس‌آزمون برابر با $0/862$ درصد و در مرحله پیگیری برابر با $0/836$ درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، احساس گناه جنسی، کم‌رویی جنسی و جرات‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان‌دهنده اثربخشی این درمان بر بهبود متغیر عملکرد جنسی، کاهش احساس گناه جنسی و کم‌رویی جنسی و افزایش متغیر جرات‌ورزی زنان بود. یافته‌های پژوهش به‌صورت کلی با نتایج طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، بورپه و لانگر (۲۰۰۵) و کارسون و همکاران (۲۰۰۴) همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، می‌توان به نکاتی اشاره نمود. روش پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تأکید می‌کند. مراجعان آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. در این درمان‌ها، ارزش بیش از اینکه نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای یک فرد را نشان می‌دهد. این ارزش‌هایی می‌تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد. هدف، درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است، اما وی از آن اجتناب می‌کند. مؤلفه مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظات که براساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌هاست. همه روش‌هایی که دو هدف را تحقق می‌بخشد، رسیدن به این هدف را نیز عملی می‌کند و به‌نظر می‌رسد که این مساله خود باعث می‌شود تا عملکرد جنسی زنان بعد از درمان بهبود

یابد و باعث پایداری اثر درمان نیز می‌گردد (رومر، اورسیلو^۱، ۲۰۰۵؛ به نقل طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۶). از آنجایی که هدف اصلی در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر درونی (افکار مربوط به خود) و تغییر بیرونی (عملکرد) در رفتار کلامی است، در صورت حضور انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به دلیل حضور اجتناب تجربه‌ای، مشکلات شناختی، مفهوم‌سازی روی خود و قطع ارتباط از لحظه حال، در نتیجه منجر به شکست در نیازها و ارزش می‌گردد. به همین منظور، رویکرد مداخله پذیرش و تعهد، تغییر فرآیند درگیر در روان‌درمانی این اختلال‌ها می‌باشد، و درحقیقت، این نوع درمان قابلیت تغییر افکار، احساسات افراد و روشی که آن‌ها می‌خواهند دست به حل مساله بزنند را با تکنیک‌های خاص خود دارد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹).

در تبیین اثربخشی بر روی احساس گناه جنسی می‌توان بیان نمود که بازخورد افراد در مورد مسائل جنسی، از جمله احساس گناه جنسی، یکی از دلایل شایع عدم رضایت جنسی و شکل‌گیری مشکلات جنسی در آن‌هاست. وجود چنین بازخوردهایی منجر به مشکلاتی مانند زودانزالی و ناتوانی جنسی در مردها و کم‌میلی جنسی و ناتوانی در تجربه ارگاسم در زنان می‌شود (جاندا^۲، ۲۰۰۱؛ ترجمه بشارت و حبیب‌نژاد، ۱۳۸۸). براساس نظر سادوک و سادوک (۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴)، احساس گناه و معیارهای اخلاقی در این اختلال‌ها به خصوص اختلالات کم‌میلی جنسی، برانگیختگی و آنورگاسمی تاثیرگذار هستند. به نظر می‌رسد احساس گناه جنسی یک مقوله فرهنگی باشد. در فرهنگ‌های شرقی، به خصوص در کشور ما، رابطه جنسی تابو می‌باشد و فرد بعد از ازدواج می‌تواند رابطه جنسی داشته باشد و در سال‌های قبل از ازدواج به طور مکرر این پیام را دریافت می‌کند که رابطه جنسی نادرست است و گناه محسوب می‌شود. این امر منجر به شکل‌گیری و افزایش احساس گناه جنسی در افراد می‌شود. به خصوص زمانی که فاصله بین سن بلوغ و ازدواج فرد طولانی می‌شود، فرد سال‌های سال با این احساس گناه درگیر است و به طور طبیعی این احساس گناه جنسی بعد از ازدواج نیز همراه او خواهد بود و رابطه جنسی برای فرد ماهیت تعارضی و گناه‌آلود پیدا می‌کند. تمام این موارد منجر به این می‌شود که فرد برای جلوگیری از احساس گناه‌آلود بودن و تعارضات همراه با آن از رابطه جنسی اجتناب کند. این مساله در زنان مشهودتر می‌باشد و دلیل آن هم مسائل فرهنگی می‌باشد. دختران به دلیل ضرورت حفظ بکارت تا زمان ازدواج، از روابط جنسی پرهیز می‌کنند و به طور مرتب این پیام رو دریافت می‌کنند که رابطه جنسی، رابطه‌ای گناه‌آلود می‌باشد و این امر در آن‌ها نهادینه می‌شود و بعد از ازدواج نیز ادامه می‌یابد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار، فرآورده یک ذهن طبیعی‌اند. آنچه که افکار را تبدیل به باور می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است. این روش درمانی از طریق مداخلات مربوط به گسلس شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌شان نباشند، و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل موثرتر با دنیایی که به طور مستقیم تجربه می‌شود، بیابد. در درمان پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلس شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساس‌های بدنی را فقط احساس‌های

۱. Roemer & Orsillo

۲. Jonda

بدنی ببینند. تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تاکید زیادی دارند. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و به این معنی است که فرد توانسته یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت، و در نتیجه طبق آن فکر، احساس و عمل نمی‌کند (گسلش). تمرینات گسلش به مراجع کمک می‌کند که با خودپنداره بدنی به شیوه متفاوت تعامل داشته باشد که باعث افزایش خزانه رفتاری مراجع می‌شود. هنگامی که مراجع با وجود افکار، مطابق آن‌ها رفتار نمی‌کند و احساس رفتاری را در راستای ارزش‌های فردی‌اش (نه افکار) انجام می‌دهد تجربه جدیدی خواهد داشت؛ اگر تاکنون به دلیل افکار و یا احساسات ناخوشایند کاری را انجام نمی‌داد و این بار با وجود آن افکار و احساسات عمل می‌کند و متوجه خواهد شد که توان انجام آن را دارد و همچنین این تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهدانه می‌تواند منجر به تغییر در نگرش افراد در زمینه احساس گناه جنسی گردد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹). تکنیک‌هایی که کار گرفته شده در روش درمانی پذیرش و تعهد، هر یک با کارایی خاص خود توانسته است احساس گناه جنسی افراد را پوشش دهد و به بهبود وضعیت احساس گناه جنسی زنان گام موثری برداشته است.

در تبیین اثربخشی بر روی کم‌رویی جنسی می‌توان بیان نمود که این شیوه باعث می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت و سپس، با ترمیم احساس ارزشمندی زندگی در زنان، زمینه برای افزایش سطح رضایت جنسی که بر اثر الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌ناپذیر پدید آمده است، فراهم گردد. در درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند، به جای اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند. همچنین، به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته می‌شود و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند می‌دهد و از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه نمایند. همچنین، با استعاره‌های مختلف، مفاهیم کم‌رویی جنسی و پذیرش افکار برای شخص توضیح داده شد. از جمله، خود به عنوان زمینه رابطه در کاهش کم‌رویی جنسی مؤثر بود. در واقع، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی در این درمان، این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در این جا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند تا رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. از آنجایی که مهم‌ترین ویژگی روش درمانی پذیرش و تعهد، استفاده از استعاره‌ها بود و استعاره فقط یک موضوع تزینی مختص ادبیات به حساب نمی‌آید، بلکه در اندیشه و عمل روزانه انسان‌ها جریان‌شانگر ساختار تفکر فرد می‌باشد و تفکر فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این موضوع به نوبه‌ی خود نه تنها بر روی زبان، بلکه بر روی عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد (بلنکیرن، به نقل طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۶). به کارگیری مفاهیم و استعاره‌ها (استعاره شطرنج، چاه و اتوبوس) باعث کاهش کم‌رویی جنسی در افراد شد. این درمان با تمرکز بر تکنیک‌های پذیرش و تمرکز حواس، خود آگاهی جنسی زنان را افزایش و شرم و کم‌رویی جنسی آن‌ها را کاهش داد.

متغیر دیگری که در پژوهش مورد بحث قرار گرفت، جرات‌ورزی جنسی بود. محققان جرات‌ورزی

جنسی را تحت عنوان توانایی افراد در جهت اعمال علایق خودشان و ایستادگی بر آن، بدون داشتن اضطراب و ابراز حقوق خود بدون زیر پا گذاشتن حقوق دیگران تعریف می کنند (پترسون، ایفرت، فیونگولد، دیویدسون^۱، ۲۰۰۹). نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های بای و همکاران (۱۳۹۱) همسو می باشد. در پژوهش هورلبرت (۱۹۹۱)، زانی که به لحاظ جنسی جرات‌ورزتر هستند، میزان فعالیت جنسی، ارگاسم، تمایل و رضایت جنسی بیشتری را نیز تجربه می کنند. در تبیین یافته فوق می توان اذعان داشت که از دیدگاه روش درمان پذیرش و تعهد، اجتناب از تجارب فرآیند آسیب‌زایی را به وجود می آورد که در ایجاد و گسترش تعارضات زناشویی و خانوادگی شرکت می نماید. این درمان، اجتناب‌ها را هدف درمانی خود قرار داد تا به منظور تجربه کردن به جای کنترل یا تغییر دادن ارزیابی‌های منفی پاسخ‌های جنسی یک بازگشایی اساسی به وجود آورد. همچنین، این تمرینات کمک کرد تا فرد به صورت مستقیم با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود به خصوص در جلسه‌های درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل و یا کشمکش با آن‌ها تجربه نماید و فرد نه تنها تجربه کامل افکار و هیجانات را داشت، بلکه به همسر نیز اجازه می داد تا چنین تجربه‌ای را داشته باشد. در واقع، این درمان به مراجعان آموخت در صورت عدم رضایت از امکانات در زندگی یا عدم رضایت از رابطه جنسی خود که مشروط به طرف مقابل است و یا در روابط شخصی با اطرافیان امکان دارد مشکلاتی داشته باشند که این رابطه مطلوب نیست، نیاز به تغییر دادن شرایط بیرونی وجود ندارد. آن‌ها می توانند حتی در صورت راضی نبودن از شرایط خود در جهت ارزش‌هایشان گام بردارند و آن را مشروط به موافق بودن اوضاع و رضایت از آن ندانند. افراد توانستند با انجام فرآیند پذیرش و گسلش با وجود این نارضایتی، اولویت ارزشی خود را پیدا کنند و گام‌های درست را بدون تحت تاثیر قرار گرفتن از این شرایط در جهت ارزش‌های خود بردارند، و با کمک استعاره‌های مختلف (استعاره چاه، و اتوبوس و قطار) مفاهیم پذیرش افکار توضیح داده شد، و این مساله جرات‌ورزی جنسی آن‌ها را بهبود بخشید (طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۶). در تبیین تداوم اثربخشی روش درمانی پذیرش و تعهد، می توان بیان نمود که این مداخله، اجتناب‌ها را هدف درمانی خود قرار داد تا به منظور تجربه کردن به جای کنترل یا تغییر دادن ارزیابی‌های منفی پاسخ‌های جنسی یک بازگشایی اساسی پدید آورد. همچنین، این تمرینات کمک کرد تا فرد به صورت مستقیم با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود به خصوص در جلسه‌های درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل و یا کشمکش با آن‌ها تجربه کند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

۱. Peterson, Eifert, Feingold & Davidson

منابع

- اوحدی، بهنام. (۱۳۸۵). *تمایلات و رفتار جنسی انسان*. اصفهان: صادق هدایت.
- اکبری ترکستانی، نعیمه، رمضان‌نژاد، پلینوس، عابدی، محمدرضا، عشرتی، بابک، نکوبهر، عباس، و رمضان‌نژاد، پانته‌آ. (۱۳۹۵). تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زوجین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۹(۱۲): ۳۴-۴۲.
- اکبری ترکستانی، نعیمه، رمضان‌نژاد، پلینوس، عابدی، محمدرضا، عشرتی، بابک، و نکوبهر، عباس. (۱۳۹۶). تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زوجین. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵(۱۴): ۲۴۴-۲۵۱.
- امان‌الهی، عباس، حیدریان‌فر، نرگس، خسته‌مهر، رضا، و ایمانی، مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج‌ها. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۴(۱): ۱۲۰-۱۰۴.
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۵). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: جنگل.
- بای، فاطمه؛ بهرامی، فاطمه، فاتحی‌زاده، مریم‌السادات، احمدی، سیداحمد، و اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۱). بررسی نقش جرات‌ورزی و خودآگاهی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷(۲۶): ۱۶-۷.
- بهرامی، نصرت، علیزاده، سیما، و بهرامی، سمیه. (۱۳۹۰). بررسی شیوع اختلالات جنسی زنان در سنین باروری و عوامل مرتبط با آن. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی*، ۲۱(۷۵): ۱۳-۸.
- بهرامی، هادی، افتخار، مهرداد، کیامنش، علی‌رضا، و سخندان، فیروزه. (۱۳۹۲). عملکرد و خود ابرازی جنسی در زوج‌های با ازدواج به‌وصال نرسیده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۲): ۱۴۹-۱۵۵.
- تیمورپور، نگار، مشتاق بیدختی، نهاله، و پورشهباز، عباس. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های دلبستگی، رضایت‌مندی زناشویی و احساس گناه جنسی با میل جنسی در زنان دانشجوی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(پیاپی ۷): ۱۴-۱.
- تیمورپور، نگار، مشتاق بیدختی، نهاله، و پورشهباز، عباس. (۱۳۹۰). رابطه سبک‌های دلبستگی و سن با احساس گناه جنسی در زنان دانشجوی. *فصلنامه افتخار دانش*، ۱۷(۴): ۶۹-۶۰.
- جاندا، لوئیس. (۲۰۰۱). *آزمون‌های شخصیت*. ترجمه محمدعلی بشارت و محمد حبیب‌نژاد. (۱۳۸۸). تهران: آبیژ.
- خانجانی وشکی، سحر، شفیع‌آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی‌اله، و فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۴): ۴۶۴-۴۷۱.
- رمضان‌نژاد، نعیمه، فرهمند، مریم، محرابی، یداله، افضل‌ی، حسین، و عابدینی، مهراذوخت. (۱۳۹۱). اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه مبتنی بر جمعیت در بین زنان ساکن مناطق شهری چهار استان کشور. *فصلنامه پایش*، ۱۱(۴): ۸۷۵-۸۶۹.
- رنجبران، مهدی، چیدری، مینا، و مطوری‌پور، پگاه. (۱۳۹۴). بررسی شیوع اختلالات جنسی عملکرد جنسی زنان در ایران: مرور ساختاریافته و متاآنالیز. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۷): ۱۱۲۵-۱۱۱۷.

- رئیس، فیروزه، قاسم‌زاده، حبیب‌الله، میثمی، علی‌پاشا، فیروزی خجسته‌فر، ریحانه، کرمقدیری، نرگس، سرایانی، مریم، ناصحی، عباسعلی، فلاح، جلیل، و ابراهیم‌خانسی، نرگس. (۱۳۹۴). شیوع اختلالات‌های عملکرد جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی. *مجله دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۷۳(۲): ۱۰۹-۱۰۱.
- سادوک، بنیامین جیمز، و سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. (جلد دوم). ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
- سبوحی، راحله، فاتحی‌زاده، مریم‌السادات، احمدی، سید احمد، و اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سراهای شهر اصفهان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۲(۱): ۴۲-۵۳.
- صفری‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۸۴). اختلال عملکرد جنسی زنان در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت در ایران: شیوع و عوامل مرتبط با آن. *مجله بین‌المللی تحقیقات ناتوانی جنسی*، ۱۸: ۳۸۲-۹۵.
- طباطبایی، آمینه‌سادات، سجادیان، ایلناز، و معتمدی، مسعود. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرات‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱): ۸۴-۹۲.
- عشقی، روناک. (۱۳۹۱). *تدوین مدل معادله ساختاری اختلالات جنسی زنان در شهر اصفهان*. پایان‌نامه دکتری، رشته مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- قاسمی، بهزاد، رنجبر سودجانی، یوسف، و شریفی، کبیر. (۱۳۹۶). نقش عملکرد جنسی و تجربه شکست عاطفی در گرایش زوجین به روابط فرازناشویی. *فصلنامه رویش روانشناسی*، ۱(۱۸): ۶۸-۴۶.
- کاوسیان، جواد، حریفی، حسنیه، و کریمی، کامبیز. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زوج‌ها. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۱۴): ۸۷-۷۵.
- کراسکیان موجدباری، آدیس، و کیب‌الهی، طلوع. (۱۳۹۳). تدوین و هنجاریابی پرسشنامه عملکرد جنسی زنان متأهل شهر تهران. *فصلنامه مراقبت‌های نوین*، ۱۱(۱): ۴۴-۵۴.
- کلال قوچان عتیق، یاسر، و سرایی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان. *ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۸: ۵۲۷-۵۳۳.
- گشتاسبی، آریتا، وحدانی‌نیا، سادات، رحیمی فروشانی، عباس، و محمدی، علی. (۱۳۸۶). اختلالات عملکرد جنسی و ارتباط آنها با متغیرهای باروری در استان کهگیلویه و بویراحمد. *فصلنامه پایش*، ۷(۱): ۶۷-۷۳.
- مجتبیایی، مینا، صابری، هایده، و عزیزه. (۱۳۹۳). کارکرد جنسی زنان: نقش طرحواره‌های جنسی و تصویر بدنی. *روانشناسی سلامت*، ۳(۱): ۶۴-۵۲.
- محمدی، خدیجه، حیدری، معصومه، و فقیه‌زاده، سقراط. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان. *فصلنامه پایش*، ۷(۲): ۲۶۹-۲۷۸.
- مزیانی، ربابه، اکبری‌مهر، ماندانا، کراسکیان، آدیس، و کاشانیان، مریم. (۱۳۹۱). بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان و عوامل مرتبط با آن. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۹(۱۰۵): ۶۸-۶۱.

- مهربانی، فریدون، و دادفر، محبوبه (۱۳۸۲). نقش عوامل روان‌شناختی در اختلال‌های کنشی جنسی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۹(۱): ۴-۱۱.
- نریمانی، محمد، علمداری، اله، و ابولقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۳): ۴۰۴-۳۸۷.
- Balon, R. (2008). Introduction: New developments in the area of sexual dysfunction(s). *Adv Psychosom Med Basel*, 29: 1-6.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in acceptance and commitment therapy for psychotic symptoms. *Clin Case Stud*, 8(3): 241-57.
- Berman, J. B., Berman, L. A., & Kanaly, K. A. (2003). Female sexual dysfunction: New perspectives on Anatomy, physiology, evaluation & treatment. *EAU Update series*, 1:166-77.
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *J Adult Dev*, 12(1): 43-51.
- Buss, A. H. (2001). *Psychological dimensions of the self*. New York, NY: Sage Publications.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behav Ther*, 35(3): 471-94.
- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies*. In: O'Donohue WT, Fisher JE, Hayes SC, Editors. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New York, NY: John Wiley & Sons, p. 263-5.
- Gibbs, R. S., Karlan, B. Y., Haney, A. F., & Nygaard, I. E. (2008). *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 10th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 75(2): 336-43.
- Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson, J. K., & Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *Am J Public Health*, 101(9): 1643-54.
- Hisasue, S., Kumamoto, Y., & Sato, Y. (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms & its relationship to quality of life: A Japanese female cohort study. *Urology*, 65:143-8.
- Hurlbert, D. F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *J Sex Marital Ther*, 17(3): 183-90.
- Laumann, E. O., Paik A., & Rosen, R. C. (2009). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281:537-44.
- Mccarthy, B. W. (2002). *Sexual Dysfunction*. In: Hersen M, (editor). *Clinical behavioral therapy: Adult and children*. New York: John Wiley, p. 198-199.
- Meston, C. M. (2006). The effects of state and trait self-focused attention on sexual arousal in sexually functional and dysfunctional women. *Behav Res Ther*, 44(4): 515-32.
- Mosher, D. L. (1998). *Revised Mosher Guilt Inventory*. In: Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Schreer G, Davis SL (editors). *Handbook of Sexuality Related Measures*. Thousand Oaks: p. 245-250.
- Nobre, P. J., Gouveia, J. P., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32:173-182.
- Palacios, S., Castano, R., & Grazziotin, A. (2009). Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturities*, 63:119-23.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and

- commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract*, 16(4): 430-42.
- Ponholzer, A., Roehlich, M., & Racz, U. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: Prevalence & risk factors. *EAU Update series*, 47:366-75.
 - Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2011). Implicit and explicit cognitive sexual processes in survivors of childhood sexual abuse. *J Sex Med*, 8(11): 3098-107.
 - Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., & et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26(2): 191-208.
 - Van Lankveld, J., & Bergh, S. (2008). The interaction of state and trait aspects of self-focused attention affects genital, but not subjective, sexual arousal in sexually functional women. *Behav Res Ther*, 46(4): 514-28.
 - Van Lankveld, J. J., Geijen, W. E., & Sykora, H. (2008). The sexual self-consciousness scale: Psychometric properties. *Arch Sex Behav*, 37(6): 925-33.
 - Walkley, G. (2005). Sexual Dysfunction. *Journal of Current Obstetrics & Gynaecology*, 15: 38-45.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

The Effectiveness of Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment on Sexual Function, Sexual Guilt Feeling, Sexual Self-Consciousness and Sexual Assertiveness among Women with Sexual Dysfunction

P. Sarabi *
 F. Parvizi **
 K. Kakabaraee ***

Abstract

The goal of this research was to determine the effectiveness of psychotherapy based on acceptance and commitment on sexual function, sexual guilt feeling, sexual self-consciousness, and sexual assertiveness among women with sexual dysfunction. The research method was semi-experimental with pre-test, post-test, follow-up and control group. The statistical population consisted of all 25-45 year-old married women in the city of Sonqor, who referred to the clinic of psychology and counseling of Avysta in the spring of the 1396 year. The sample consisted of 30 women who were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups (each group of 15). First, all subjects responded to Sexual Function (Rosen & et al, 2000), Sexual Guilt Feeling (Mosher, 1998), Sexual Self-Consciousness (Van Lankveld & et al, 2008) and Sexual Assertiveness (Hurlbert, 1991) Questionnaires. Subsequently, acceptance and commitment based psychotherapy was performed for the experimental group in 10 sessions, However, no intervention was used for the control group. For data analysis, descriptive statistics and covariance analysis were used. The acceptance and commitment based psychotherapy was effective in improving sexual function, sexual guilt feeling, sexual self-consciousness and sexual assertiveness of women ($P < 0.001$). Treatment based on acceptance and commitment was considered to be effective and this treatment could be used as an effective interventions for improving sexual function, sexual guilt feeling, sexual self-consciousness, and sexual assertiveness in women with sexual dysfunction.

Keywords: acceptance and commitment based psychotherapy, sexual function, sexual guilt feeling, sexual self-consciousness, sexual assertiveness.

* M.A of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran. (Corresponding Author, email: CPsyPSarabi@yahoo.com)

** M.A of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran. (email: fardin_parvizi@yahoo.com)

*** Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran. (email: kakabaraee@yahoo.com)