Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 20, Issue 4

The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Sexual Relationship Therapy and Cognitive-Behavioral Sex Therapy on Disorder's Symptoms in Women with Orgasmic Disorder: A Double-Blind Randomized Clinical Trial

Mehrdad Kazemzadeh Atoofi[1], **Ghasem Naziry**[2], **Masood Mohammadi**[3], **Sare Behzadi**[4]

1. PhD candidate in Clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Shiraz branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz branch, Islamic Azad university, Shiraz, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Abstract

Aim and Background: This study examines the effectiveness of mindfulness-based interventions in the treatment of women with orgasmic disorder and compares it with cognitive-behavioral therapy. Although this approach is widely used in psychotherapy, it has recently been introduced in the treatment of female sexual dysfunction.

Methods: Through a randomized clinical trial, 50 married women who received the diagnosis of orgasm disorder were included in the study. After introducing the study and informed consent, 25 women were randomly assigned to the intervention group (mindfulness-based interventions) and 25 women to the control group (cognitive-behavioral therapy). It was explained to the clients that the evaluation of their interventions is done through the research protocol, and finally they were blinded about their intervention. Also, all the data were provided to the researcher and statistical consultant based on blind codes.

Findings: With 95% certainty, it can be concluded that compared to the results recorded before the intervention, interventions based on mindfulness improved the symptoms of women suffering from orgasmic disorder during the study period which confirmed a significant interaction between treatment and time. Multivariate analysis of variance between the participant's results of orgasm assessment questionnaire scores confirmed the significant changes over time for each of the two groups. It is also concluded that the effect of the interventions over time was significantly greater in the intervention group.

Conclusion: The findings suggest that therapists should consider helping clients develop mindfulness skills during sexual experiences. Sexual mindfulness provides a skill that people can develop without the involvement of their partner and may help people make more efforts to promote sexual health and improve the quality of sex.

Keywords: orgasm, mindfulness, cognitive behavioral Therapy, CBT, Sexual Dysfunctions, Sexual Therapy.

Citation: Kazemzadeh Atoofi M, Naziry Gh, Mohammadi M, Behzadi S **The comparison of the effectiveness of Mindfulness-Based Sexual Relationship Therapy and Cognitive-Behavioral Sex Therapy on disorder's symptoms in women with orgasmic disorder: a double-blind randomized clinical trial**. Res Behav Sci. 2023; 20(4): 746-758.

*** Ghasem Naziry,**
Email: atoofi.m@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

مقایسه اثربخشی درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان جنسی شناختی– رفتاری بر علائم اختلال در زنان مبتلا به اختلال ارگاسم: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور

مهرداد کاظم زاده عطوفی[۱]، قاسم نظیری[۲]، مسعود محمدی[۳]، ساره بهزادی[۴]

۱– دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۲. (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۳. استادیار ، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه به بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان زنان مبتلا به اختلال ارگاسم و مقایسه آن با درمان شناختی–رفتاری می‌پردازد. اگرچه این رویکرد به طور گسترده در روان درمانی کاربرد دارد اما اخیراً در درمان اختلال عملکرد جنسی زنان معرفی شده است.

روش‌ها: از طریق یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده ۵۰ زن متأهل که تشخیص اختلال ارگاسم را دریافت کرده بودند، وارد مطالعه شدند. پس از معرفی مطالعه و رضایت آگاهانه، از طریق تخصیص تصادفی ۲۵ زن در گروه مداخله (مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی) و ۲۵ زن در گروه کنترل (درمان شناختی–رفتاری) قرار گرفتند. به مراجعان توضیح داده شد که ارزیابی مداخلات آن‌ها از طریق پروتکل تحقیقاتی انجام می‌شود و در نهایت آن‌ها در مورد مداخله خود کور شدند. همچنین تمامی داده‌ها براساس کدهای کور در اختیار محقق و مشاور آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: با اطمینان ۹۵٪ می‌توان نتیجه گرفت که در مقایسه با نتایج ثبت شده قبل از مداخله، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم در طول دوره مطالعه شد که تأثیر متقابل معنی‌دار بین درمان و زمان را تأیید کرد. تجزیه و تحلیل واریانس چند متغییره بین نمرات پرسشنامه ارزیابی ارگاسم شرکت‌کنندگان، تغییرات معنی‌دار را در طول زمان برای هریک از دو گروه تأیید کرد. همچنین نتیجه‌گیری شد که تأثیر مداخلات در طول زمان در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که درمانگران باید کمک به مراجعان را در جهت ایجاد مهارت‌های ذهن‌آگاهی در طول تجربیات جنسی مورد توجه قرار دهند. ذهن‌آگاهی جنسی مهارتی را فراهم می‌کند که افراد می‌توانند بدون دخالت شریک زندگی خود آن را پرورش دهند و ممکن است به افراد کمک کند تا تلاش بیشتری برای ارتقاء سلامت جنسی و بهبود کیفیت رابطه جنسی داشته باشند.

واژگان کلیدی: ارگاسم، ذهن آگاهی، درمان شناختی–رفتاری، اختلالات جنسی، درمان جنسی.

ارجاع: کا ظم زاده عطوفی مهرداد، منظیری قاسم، محمدی مسعود، بهزادی ساره. **مقایسه اثربخشی درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان جنسی شناختی– رفتاری بر علائم اختلال در زنان مبتلا به اختلال ارگاسم: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۴): ۷۴۶–۷۵۸.

*– **قاسم نظیری،**

رایانامه: atoofi.m@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

مقدمه

ارتقاء سلامت جنسی زنان به یک زمینه تحقیقاتی جالب و در حال رشد تبدیل شده است که عمدتاً بر مداخلات ایمن و مقرون به صرفه تمرکز دارد که می‌تواند کیفیت روابط جنسی را افزایش دهد و اختلالات جنسی را درمان کند (۱، ۲).

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM)، اختلال عملکرد جنسی زنان با یک یا چند اختلال در عملکرد جنسی مانند میل جنسی، برانگیختگی و ارگاسم تأیید می‌شود (۳).

اختلالات عملکرد جنسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است. اگرچه برخی از مطالعات نشان‌دهنده بروز و شیوع بیشتر اختلالات جنسی در مردان نسبت به زنان است، اما بیشتر مطالعات بر افزایش قابل توجه شیوع این اختلالات در هر دو جنس تأکید دارند. داده‌ها نشان می‌دهد که شایع‌ترین اختلالات جنسی در زنان اختلالات برانگیختگی و ارگاسم است. علاوه بر این، بسیاری از زنان اختلالات جنسی متعددی را تجربه می‌کنند (۴-۶).

در این راستا با توجه به نقش مهم مرحله ارگاسم در تکمیل کارآیی جسمی و روانی فعالیت‌های جنسی، زمانی که زن یا نمی‌تواند به ارگاسم برسد و یا در رسیدن به ارگاسم در حالت هیجان‌زدگی جنسی مشکل دارد، با تجربیات و عوارض زیادی مواجه می‌شود. وقتی رابطه جنسی لذت‌بخش نیست، به جای یک تجربه رضایت‌بخش و صمیمی برای هر دو طرف، می‌تواند به یک چرخه آزاردهنده تبدیل شود. پس از مدتی، میل جنسی کاهش می‌یابد و ممکن است رابطه جنسی کمتر اتفاق بیفتد. حتی این عواقب می‌تواند باعث رنجش و تعارض در روابط زوجین شود (۷-۹).

درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی به توجه متمرکز بر تجربیات درونی و بیرونی که در حال وقوع هستند، تأکید می‌کند و به فرد کمک می‌کند تا از زمان حال بیشتر آگاه شود، مشاهده بدون قضاوت را افزایش دهد و متعاقباً پاسخگویی خودکار را کاهش دهد (۱۰، ۱۱). در مداخله پیش‌رو، این روش با استفاده از روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و روش درمان جنسی مسترز و جانسون برای افزایش توجه و تمرکز بر فرآیند آمیزش جنسی و افزایش لذت و کیفیت ارگاسم طراحی شده است (۶، ۷، ۱۰).

مدل شناختی-رفتاری یکی از رویکردهای رایج و تأیید شده فعلی است که به طور گسترده به عنوان پروتکل استاندارد برای درمان اختلالات جنسی استفاده می‌شود. این رویکرد یکی از روش‌های درمانی بیماری‌های روانی است که با تکیه بر ذهنیت و رفتار انسان سعی در درمان مشکلات مختلف از اضطراب و افسردگی گرفته تا اختلالات شخصیتی دارد و پیامدهای درمانی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است (۲، ۹، ۱۲، ۱۳). مطالعه حاضر اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی را در درمان اختلالات ارگاسمی زنان با درمان شناختی-رفتاری (CBT) مقایسه کرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است که اثربخشی درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان جنسی شناختی-رفتاری را بر علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم مقایسه می‌کند.

شرکت‌کنندگان

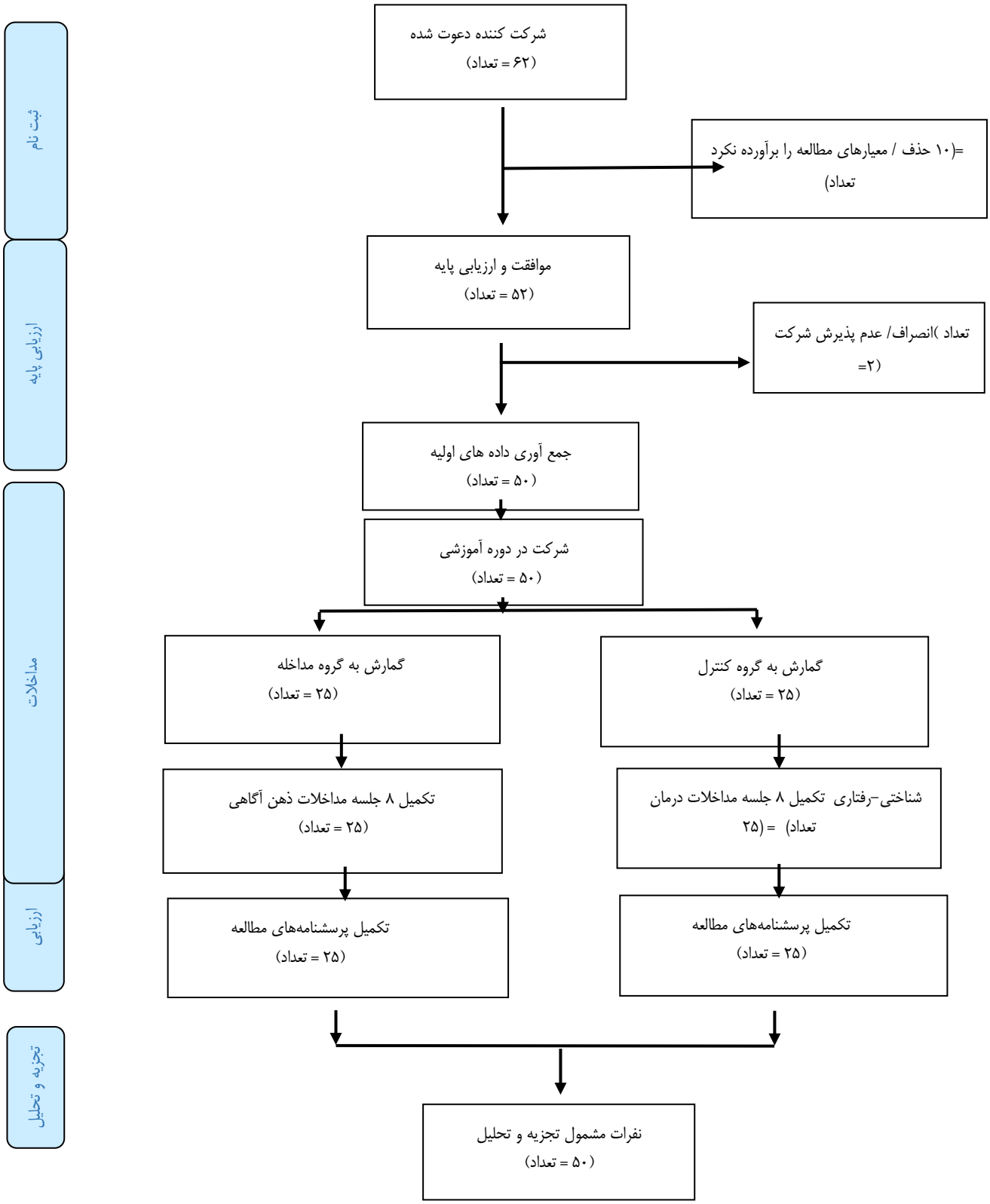
در بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های اختلالات جنسی و کلینیک‌های روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی، زنان متأهل با تشخیص اختلال ارگاسم زنانه به طور بالقوه واجد شرایط شرکت در این مطالعه بودند. از بین ۶۲ بیمار دعوت شده به مطالعه پس از طی فرایند غربال اولیه ۱۰ نفر از بیماران معیارهای مدنظر مطالعه را نداشتند و خارج شدند. در نهایت ۵۲ بیمار وارد مطالعه شدند که ۲ نفر از بیماران قبل از شروع مداخلات از مطالعه انصراف دادند. سپس ۵۰ شرکت کننده پس از معرفی مطالعه و رضایت آگاهانه، به دو گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی تخصیص یافتند. ۵۰ زن شرکت‌کننده در مطالعه با میانگین سنی۶۰/۳۶ سال (SD = 6/37) بودند که واجد شرایط تکمیل دوره مداخلات و همراهی با مطالعه بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از ازدواج، تشخیص تأیید شده اختلال ارگاسم بر اساس معیارهای DSM-5 و توانایی شرکت در مطالعه حداقل به مدت ۴ ماه. معیارهای خروج شامل بیماری پزشکی مرتبط درمان نشده، اختلالات سلامت تشخیص داده شده (کمتر از نقطه برش پرسشنامه (SCL-90)، عدم مصرف داروهای روان‌گردان و الکل در ۲ ماه گذشته، بارداری یا شیردهی و رنج بردن از سایر اختلالات جنسی بود.

شکل ۱ جریان شرکت کنندگان در طول مطالعه را نشان می‌دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]



شکل ۱. جریان شرکت‌کنندگان در مطالعه

روند مطالعه

پس از معرفی مطالعه به مراجعین واجد شرایط و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه ارزیابی ارگاسم زن در مورد کیفیت تجربه ارگاسم و مقیاس عددی پرسشنامه عملکرد جنسی برای همه شرکت کنندگان در مطالعه تکمیل شد.

در بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های اختلالات جنسی و کلینیک‌های روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی، زنان متأهل با تشخیص اختلال ارگاسم زنانه به طور بالقوه واجد شرایط شرکت در این مطالعه بودند. از بین ۶۲ بیمار دعوت شده به مطالعه پس از طی فرایند غربال اولیه ۱۰ نفر از بیماران معیارهای مدنظر مطالعه را نداشتند و خارج شدند. در نهایت ۵۲ بیمار وارد مطالعه شدند که ۲ نفر از بیماران قبل از شروع مداخلات از مطالعه انصراف دادند. سپس ۵۰ شرکت کننده پس از معرفی مطالعه و رضایت آگاهانه، به دو گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی تخصیص یافتند. در حالی‌که مراجعین از نظر اخلاقی برای دریافت خدمات و مداخلات ضروری ممانعتی نداشتند؛ به آن‌ها توضیح داده شد که ارزیابی مداخلات آن‌ها از طریق پروتکل تحقیقاتی انجام می‌شود، آن‌ها در نهایت در مورد گروه مداخله خود کور شدند. همچنین برای تکمیل فرم‌های ارزیابی نتیجه و تحلیل داده‌ها، تمامی داده‌ها بر اساس کدهای کور در اختیار محقق و مشاور آماری قرار گرفت.

آموزش پایه (آناتومی جنسی زوجین و فرآیندهای پاسخ در رابطه جنسی) برای همه شرکت کنندگان ارائه شد. سپس در گروه مداخله، پروتکل درمان جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه اجرا شد. برای گروه کنترل، درمان جنسی شناختی-رفتاری طی ۸ جلسه مداخله‌ای پیگیری شد.

پس از جمع‌آوری داده‌های پایه، در دو نوبت پایان درمان مداخله‌ای و همچنین سه ماه پس از تکمیل برنامه مداخله، دو پرسش‌نامه سنجش عملکرد جنسی و ارزیابی ارگاسم زنانه توسط همه افراد شرکت‌کننده تکمیل شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

اطلاعات دموگرافیک، سلامت عمومی، و اطلاعات جنسی مربوط از طریق سؤالات خود گزارشی به دست آمد.

تشخیص اختلال ارگاسم زنان با معیارهای تشخیصی اختلالات جنسی توسط متخصص مربوطه در این حیطه انجام شده است.

سایر اختلالات جنسی در زوجین نیز توسط متخصصان در زمینه اختلالات جنسی رد شد.

چک لیست علائم-۹۰ (SCL-90): این پرسشنامه نخستین بار توسط دراگیتس در سال ۱۹۹۴ ساخته شد. این پرسشنامه یک سیاهه خودسنجی روان‌پزشکی است. پاسخ-دهندگان به ۹۰ سؤال در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ می-دهند. هر علامت مورد پرسش در این چک لیست بر اساس میزانی که فرد را در طی هفته گذشته آزار داده است در مقیاسی از ۰ تا ۴ نمره گذاری شد. پس از ارزیابی کامل، نمره کل فرد نباید کمتر از نقطه برش اختلال باشد. در مطالعه بیابانگرد و جوادی (۲۰۰۴) همسانی درونی مقیاس بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. نجاریان و داوودی (۲۰۰۱) ضمن هنجاریابی مقیاس در نمونه ایرانی، همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. (۱۴ و ۱۵).

فرآیند تجربه ارگاسم شامل تعداد دفعات رابطه جنسی زوجین در طول یک ماه، فراوانی تجربه ارگاسم زنان در طول یک ماه با توجه به تعداد آمیزش جنسی، و خودارزیابی کمی و کیفی کیفیت تجربه ارگاسم توسط پرسشنامه ارزیابی ارگاسم زنان برآورد شد.

اعتبار سنجی پرسشنامه کیفیت تجربه ارگاسم

برای بررسی اعتبار پرسشنامه ارزیابی ارگاسم زنان بر کیفیت تجربه ارگاسم و تعیین اینکه تا چه حد می‌تواند ویژگی مورد نظر را اندازه گیری کند، در مرحله اول با جستجوی کامل منابع علمی مربوطه، تلاش شد تا به اهداف تعیین شده در پروپوزال دست یافت.

هدف کلی این پژوهش، مقایسه اثربخشی « درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی » و « درمان جنسی شناختی-رفتاری» بر سندرم اختلال در زنان مبتلا به اختلال ارگاسم بود و اهداف خاص ذیل را شامل می‌شود:

۱- بررسی تأثیر «روابط جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر بهبود سندرم اختلال عملکرد در زنان مبتلا به اختلال ارگاسم.

۲. مقایسه تأثیر «درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی» و تأثیر «درمان جنسی شناختی- رفتاری» بر بهبود سندرم اختلال در زنان مبتلا به اختلال ارگاسم.

بر این اساس، وجود پرسشنامه فرآیند تجربه ارگاسم که شامل تعداد دفعات رابطه جنسی در طول یک ماه، فراوانی ارگاسم زنان در طول یک ماه، تعداد آمیزش جنسی و خود

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

ارزیابی کیفیت تجربه ارگاسم می‌شود، ضروری بود. بنابراین، پس از جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، ISI، Psyche info و Scopus مقالات و اسناد معتبر مربوطه بررسی و ویرایش اول پرسشنامه تهیه شد. پس از تهیه نسخه اولیه پرسشنامه، طی جلسه‌ای ترتیب سؤالات، منطق سؤالات و گزینه‌های ممکن برای پاسخگویی به سؤالات مورد بررسی قرار گرفت.

روایی صوری در نظر می‌گیرد که سؤالات پرسشنامه تا چه اندازه از نظر ظاهری با موضوعی که برای اندازه‌گیری آن طراحی شده، مشابه است. برای بررسی روایی صوری، سؤالات پرسشنامه از جامعه هدف پرسیده شد. برای پاسخ به هر سؤال، ۱۰ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه با توجه به مفاد پروپوزال بودند. پس از پرسیدن هر سؤال، از فرد در مورد «سطح دشواری درک مفاهیم»، «درجه ابهام و سوء تفاهم» و «میزان مرتبط بودن» نظرسنجی شد. ضریب تأثیر تمامی سؤالات بالای۱/۵ و قابل قبول بود.

در مرحله بعد روایی صوری و روایی محتوا از طریق پرسشنامه توسط ۸ نفر از متخصصان و اساتید حوزه‌های مرتبط (۲ روان‌شناس بالینی متخصص در درمان جنسی، ۲ روان‌پزشک متخصص در درمان جنسی، ۲ متخصص زنان و زایمان، ۲ زن (۱ جامعه شناس، ۱ نفر متدولوژیست)) مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به بازخوردهای دریافتی، تغییرات مورد نظر ایجاد شد و مجدداً پرونده‌ها ضمن نظرسنجی از اساتید، نهایی شدند.

تعیین پایایی پرسشنامه ارزیابی ارگاسم زنان بر کیفیت تجربه ارگاسم

پایایی یک ابزار اندازه گیری درجه ثبات، سازگاری و قابل پیش‌بینی بودن آن در اندازه‌گیری هر چیزی است که می‌خواهد آن را اندازه‌گیری کند. این کیفیت در هر اندازه‌گیری ضروری است. پایایی میزان توافق بین دو اندازه‌گیری مستقل از یک چیز است. این توافق معمولاً به عنوان ضریب همبستگی بین این دو اندازه‌گیری می‌شود. (۱۸)

برای تعیین پایایی و اینکه تفاوت چندانی در تکرار پرسشنامه و تکمیل فرم در چند زمان مختلف در یک جامعه وجود ندارد، از روش آزمون-آزمون مجدد استفاده شد. در این روش برای سنجش پایایی، سؤالات پرسشنامه در دو نوبت در فواصل زمانی ۱۰ روزه و در شرایط یکسان در اختیار یک گروه واحد (۱۰ نفر واجد شرایط برای ورود به مطالعه با توجه به موارد پروپوزال) قرار گرفت و سپس نمرات به دست آمده با هم مقایسه شدند.

ضریب همبستگی کورنباش بین نمرات دو آزمون برای تعیین شباهت نمرات به دست آمده و به عنوان ضریب پایایی (۰/۸۵-۰/۹۸) استفاده شد.

برنامه‌های مداخله‌ای

گروه مداخله: این پروتکل، بر اساس یافته‌های مطالعات انجام شده در مورد اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و همچنین مطالعات انجام شده بر روی روش درمان جنسی مسترز و جانسون، توسط محقق، ۶ روان-شناس بالینی و روان‌پزشک طراحی شده است. در این پروتکل در جلسه اول به صورت گروهی و جداگانه برای کلیه زنان و همسران‌شان در گروه مداخله با توجه به آناتومی جنسی زوجین و فرآیندهای پاسخ جنسی و اختلالی که در حال حاضر با آن مواجه هستند، فرآیند، محتوا و منطق این روش درمانی و لزوم همکاری همسران در تمرینات خانگی ارائه شد و به سؤالات آنان پاسخ داده شد. سپس زنان این گروه در ۷ جلسه به صورت مستمر هفته‌ای یک جلسه شرکت کردند. در فرآیند این جلسات اطلاعات کلی در مورد ذهن آگاهی، مفهوم ذهن خودکار در زندگی، تنفس عملی برای ذهن، ذهن آگاهی بدن، ذهن آگاهی در زندگی روزمره و تمرکز حسی برای شرکت کنندگان ارائه و تمرین شد. گروه کنترل: درمان جنسی شناختی- رفتاری (استاندارد طلایی): با توجه به مطالعات زیادی که در مورد اثربخشی درمان‌های جنسی مبتنی بر روش‌های شناختی-رفتاری انجام شده است، به عنوان درمان «استاندارد طلایی» انتخاب شد. در این پروتکل زوجین در ۸ جلسه به صورت مستمر و هفته‌ای یک جلسه شرکت کردند. در فرآیند این جلسات، ارزیابی ثانویه و تبیین منطق درمان، بررسی اضطراب و ترس جنسی و چالش با آن، استخراج باورهای ناکارآمد جنسی زنان و چالش با آن‌ها، ارائه اطلاعات دانش جنسی، آموزش مهارت‌های ارتباطی، آموزش احساسات غیرجنسی، آموزش احساسات جنسی، آموزش آمیزش جنسی با توجه به مشکل ارگاسم انجام شد و در بین جلسات زوجین تمرینات منظمی را انجام دادند.

ملاحظات اخلاقی

پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق محل مطالعه (کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران) به شماره IR.IUMS.REC.1399.1018 و همچنین اخذ مجوز انجام

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20180310039024N2 در تاریخ ۱۳۹۹/۰۷/۱۰، کلیه ملاحظات اخلاقی به شرح زیر در نظر گرفته شد:

- پرسشنامه، چک لیست و سایر ابزارهای اندازه‌گیری ناشناس بودند و اطلاعات بر اساس کدهای منحصر به فرد ثبت شد.
- شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و رضایت آگاهانه از افراد واجد شرایط پس از ارائه توضیحات کامل در مورد مطالعه اخذ شد.
- اطمینان به شرکت‌کنندگان مطالعه در این خصوص که در صورت تمایل می‌توانند در هر زمان از شرکت در مطالعه انصراف دهند و عدم شرکت آن‌ها در اجرای طرح تحقیقاتی هیچ‌گونه محدودیتی در ارائه مراقبت یا خدمات برای آن‌ها ایجاد نخواهد کرد.
- ارائه نتایج تحقیقات به واحدهای پژوهشی و مسئولین حوزه‌های تحقیقاتی.
- در ارائه نتایج طرح پژوهشی کلیه حقوق مادی و معنوی دانشگاه لحاظ گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

از آزمون‌های t نمونه مستقل برای آزمون تفاوت‌های بین گروهی در متغیرهای جمعیت شناختی (مانند سن، تحصیلات) استفاده شد. پس از اتمام مراحل اجرای مطالعه و جمع آوری داده‌ها و ورود و اصلاح داده‌ها در نرم افزار SPSS، تمامی نتایج با توجه به اهداف و مفروضات تحقیق مورد تجزیه و تحلیل و مقایسه قرار گرفت. در این فرآیند از فراوانی و درصد در متغیرهای کیفی و از میانگین و انحراف معیار در متغیرهای کمی برای توصیف داده‌ها استفاده شد. همچنین برای آزمون فرضیه-های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره (اندازه‌گیری مکرر) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ۶/۴۰±۳۹/۴۸ سال و در گروه کنترل ۶/۴۱±۴۱/۲۴ سال بود. میانگین سال تحصیل به ترتیب ۲/۵۷±۱۶/۶۴ و ۱/۱۴±۱۷/۰۸ و میانگین سال‌های تأهل ۵/۶۶±۹/۶ و ۸/۲۸±۹/۲۸ سال بود. ۱۵ نفر (۶۰٪) زن در گروه مداخله و ۱۹ نفر (۷۶٪) زن در گروه کنترل شاغل بودند. لازم به ذکر است که در هیچ یک از این ویژگی‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

شکل ۲ نمودار مقایسه‌ای تغییرات علائم اختلال ارگاسم را در گروه آزمایش و کنترل با توجه به نتایج پرسشنامه ارزیابی ارگاسم زنان (نمودار الف)، نمره ارگاسم (نمودار ب) و فراوانی آمیزش جنسی (نمودار ج) نشان می‌دهد. با توجه به مراحل ارزیابی در پایان مداخلات و پس از سه ماه پیگیری، بر اساس نتایج هر سه ابزار اندازه‌گیری نسبت به گروه کنترل، علائم در گروهی که تحت درمان ذهن‌آگاهی قرار می‌گرفتند به‌طور معنی‌داری بهبود یافته بود. به عبارت دیگر، درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم در مقایسه با درمان جنسی شناختی- رفتاری مؤثرتر است.

پس از همسان‌سازی دو گروه بر اساس سن، میزان تحصیلات و تعداد بارداری نتایج مداخلات همچنان در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت. برای ارزیابی تأثیر دو روش درمانی مختلف (ذهن‌آگاهی، درمان جنسی شناختی-رفتاری) بر نمرات ارزیابی ارگاسم شرکت‌کنندگان در بهبود علائم اختلال، یک تحلیل واریانس مختلط بین درون آزمودنی‌ها (اندازه‌گیری مکرر) در سه دوره زمانی (قبل از مداخله، پس از مداخله و پیگیری سه ماهه) انجام شد. بین درمان و زمان، اثر متقابل معنی‌داری وجود داشت.

جدول ۱. تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر برای علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم (نتایج لامبدا ویلکز)

اثر	مقدار احتمال	F	فرضیه درجه آزادی	خطا درجه آزادی	p	مجذور اتّای جزئی
زمان	۰/۷۱	۷/۸۰	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۱
تعامل زمان و گروه	۰/۵۹	۱۲/۹۸	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۶

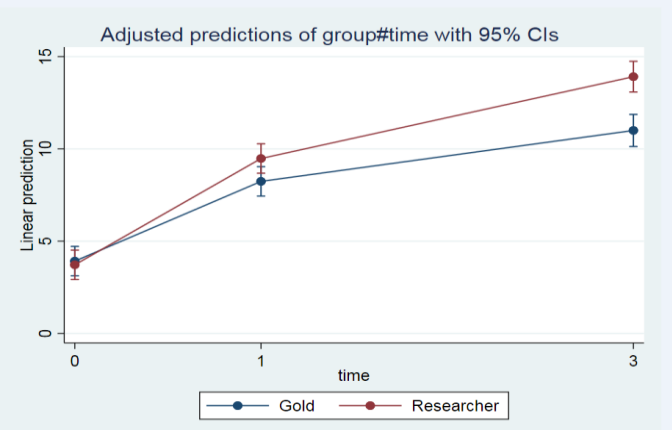
همانطور که در جدول مشاهده می‌شود؛ با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که در مقایسه با نتایج ثبت شده قبل از مداخله، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم در طول دوره مطالعه شد که تأثیر متقابل معنی‌دار بین درمان و زمان را تأیید کرد. تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره بین نمرات پرسشنامه ارزیابی ارگاسم

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

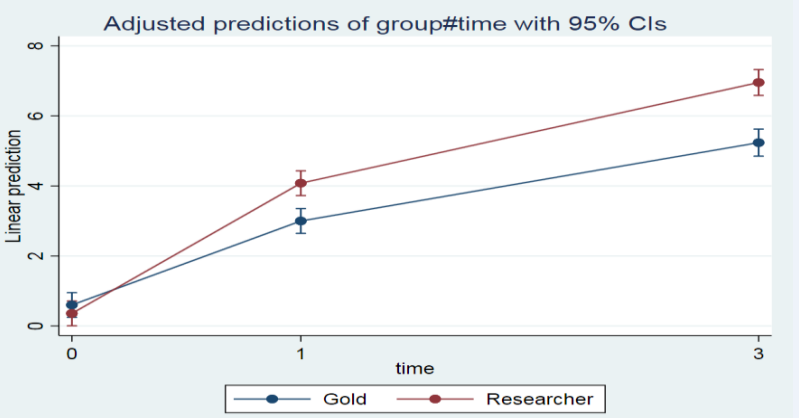
شرکت‌کنندگان، تغییرات معنی‌دار در طول زمان را برای هر یک از دو گروه تأیید کرد ($p<۰/۰۰۰۱$). همچنین نتیجه‌گیری می‌شود که تأثیر مداخلات در طول زمان در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p<۰/۰۰۰۱$) (جدول ۱).

شکل ۲. نمودار مقایسه‌ای تغییرات در علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم بر اساس پرسشنامه ارزیابی ارگاسم زنان (نمودار الف)، نمره ارگاسم (نمودار ب) و فراوانی رابطه جنسی (نمودار ج) در دو گروه آزمایش و کنترل

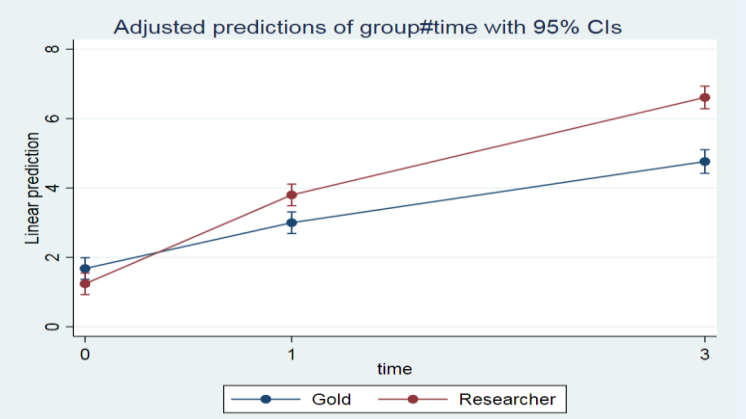
نمودار الف



نمودار ب



نمودار ج



[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

بر اساس جدول، بین نتایج مداخله دو گروه تفاوت معنی-داری وجود دارد. این تفاوت‌های معنی‌دار بر اساس نمرات پرسشنامه شناسایی شد ($p<۰/۰۵$)، نمره ارگاسم ($p<۰/۰۵$) و تعداد روابط جنسی در طول ماه ($p<۰/۰۵$).

جدول ۲. نتایج تحلیل چند متغیره واریانس بین گروهی و اثر آن بر نتایج مداخلات

مؤلفه‌ها	نمره	SS	DF	MS	F	مجذور اتّای جزئی	p
نمره پرسشنامه	اثر گروهی	۱۴/۲۵	۱	۱۴/۲۶	۵/۰۴	۰/۱۱۴	۰/۰۳۱
	خطا	۱۱/۳۹	۳۹	۲/۸۳	–	–	–
نمره ارگاسم	اثر گروهی	۷/۷۵	۱	۶/۷۵	۱۷/۷۶	۰/۳۱۳	۰/۰۰۰
	خطا	۱۴/۸۲	۳۹	۰/۳۸	–	–	–
فراوانی رابطه جنسی	اثر گروهی	۴/۸۹	۱	۴/۸۹	۱۵/۳۴	۰/۲۸۲	۰/۰۰۰
	خطا	۱۲/۴۳	۳۹	۰/۳۲	–	–	–

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم بر اساس روش‌های درمانی

گروه‌ها	مؤلفه‌ها	تغییرات بلافاصله پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله			تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به بلافاصله بعد از مداخله			تغییرات سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله		
		تفاوت میانگین	خطا استاندارد	p	تفاوت میانگین	خطا استاندارد	p	تفاوت میانگین	خطا استاندارد	p
گروه مداخله	نمره پرسشنامه	۵/۷۸	۰/۲۸	۰/۰۰۰	۴/۶۵	۰/۴۰	<۰/۰۰۱	۱۰/۴۴	۰/۴۴	۰/۰۰۰
	نمره ارگاسم	۳/۶۵	۰/۱۸	۰/۰۰۰	۲/۸۲	۰/۲۱	<۰/۰۰۱	۵/۴۳	۰/۲۹	۰/۰۰۰
	فراوانی رابطه جنسی	۲/۶۱	۰/۱۵	۰/۰۰۰	۲/۸۳	۰/۲۰	<۰/۰۰۱	۵/۴۴	۰/۲۸	۰/۰۰۰
کنترل	نمره پرسشنامه	۴/۳۸	۰/۲۶	۰/۰۰۰	۲/۷۶	۰/۳۸	<۰/۰۰۱	۷/۱۴	۰/۴۸	۰/۰۰۰
	نمره ارگاسم	۲/۲۹	۰/۲۲	۰/۰۰۰	۲/۲۹	۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۴/۵۷	۰/۳۲	۰/۰۰۰
	فراوانی رابطه جنسی	۱/۲۹	۰/۱۶	۰/۰۰۰	۱/۱۷	۰/۱۵	<۰/۰۰۱	۳/۰۰	۰/۲۵	۰/۰۰۰

بر اساس مقایسه زوجی تغییرات نمره میانگین با اطمینان ۹۵ درصد، می‌توان نتیجه گرفت که در مقایسه با نتایج ثبت شده قبل از مداخله، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم را در طول مطالعه بهبود بخشید و ارتباط بین درمان و زمان اثر متقابل معنی‌داری را نشان داد. این اهمیت بر اساس پرسشنامه ارزیابی ارگاسم است که علائم اختلال ارگاسم و همچنین دو مؤلفه دیگر نمره ارگاسم و تعداد روابط جنسی در ماه را اندازه گیری می‌کند و در هر یک از مراحل ارزیابی نسبت به مرحله قبل معنی دار بود ($p>۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در مقایسه با درمان جنسی شناختی–رفتاری، درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود علائم زنان مبتلا به اختلال ارگاسم مؤثرتر است. این برتری با اندازه گیری از طریق هر سه ابزار، پرسشنامه ارزیابی ارگاسم زنان، نمره ارگاسم و فراوانی روابط جنسی تأیید شد. علاوه بر این، واریانس چند متغیره نشان داد که در طول دوره مطالعه، میانگین نمرات ابزارهای مطالعه در زنان مبتلا به اختلال ارگاسم که از مداخله درمانی استفاده می-کردند در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بالاتر بود و این مداخلات با نتایج ثبت‌شده قبل از مداخله مقایسه شد. تجزیه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

و تحلیل نتایج مقایسه‌های زوجی نیز این برتری را بین تمام مراحل ارزیابی، معنی‌دار نشان داد.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقاتی مسترز و جانسون که در سال ۱۹۵۹ به بررسی و درمان انواع اختلالات جنسی زنان پرداخته‌اند، همسو و تأیید می‌شود. در این مداخلات از تکنیک‌های بازداری از آمیزش جنسی و تمرکز حسی استفاده شد که در نهایت به آمیزش جنسی ختم می‌شود. اولین گزارش از نتایج درمانی آن‌ها پس از ۳ تا ۵ سال پیگیری نشان داد که برنامه درمانی آن‌ها بسیار موفق بوده است. بیشترین موفقیت در درمان گیاه‌خواری (۹۸/۸٪)، اختلال ارگاسم اولیه (۷۲٪) و زنان با مشکلات لذت جنسی (۷۱٪) به دست آمد. پس از تکمیل درمان، افراد سطوح پایین‌تری از اختلالات جنسی را گزارش کردند. آن‌ها نگرش مثبت‌تری نسبت به رابطه پیدا کردند و از فعالیت جنسی بیشتر از قبل لذت بردند (۲، ۲۱).

نتایج برخی از مطالعات اخیر تأکید می‌کند که ذهن‌آگاهی فرآیندی است که منجر به کاهش هیجانات منفی می‌شود و بر این اساس درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق کشف و تقویت ارزش‌های فردی در روابط زوجین باعث کاهش ناهماهنگی بین خواسته‌های شخصی و تقویت تعهد می‌شود. این‌ها منجر به افزایش تمرکز برای کاهش تنش‌ها و درک بهتر لذت در موقعیت‌هایی مانند تجربه ارگاسم می‌شود (۱۶، ۱۹، ۲۰).

بیشتر مداخلات طراحی شده برای درمان اختلالات جنسی بر این فرض استوار است که تغییر شناختی منجر به تغییر رفتار خواهد شد. رایج‌ترین تکنیک‌های شناخت درمانی مورد استفاده در رابطه جنسی شامل افزایش آگاهی جنسی با ارائه اطلاعات، آموزش خیال‌پردازی، بازسازی نگرش‌های جنسی غیرمنطقی، خودتقویتی مهارت‌های تمرکز و توجه، آگاهی از علائم حسی (تمرکز حس)، بازسازی نگرش‌های غیرمنطقی، آموزش مهارت‌های حل مسئله و افزایش خودگویی مثبت و تقویت خود است (۶، ۱۳، ۱۹، ۲۰).

توجه به تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به اختلالات جنسی تنها تمرینات بدنی نیست، بلکه این تمرینات جنسی می‌تواند منجر به واکنش‌های روانی پیچیده‌ای شود. به عنوان مثال تمرینات تمرکز حسی در جلسات تمرینی از یک سو واکنش‌های لذت بخش را تقویت می‌کند و از سوی دیگر از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته جلوگیری می‌کند (۱۳، ۲۱-۲۳).

اسناد علمی مرتبط حاکی از آن است که تغییرات مغزی پس از حداقل ۸ هفته تمرین ذهن آگاهی رخ داد. جالب است که تفاوت بین مداخلات کوتاه‌مدت (۳-۶ ساعت) ذهن آگاهی و مداخلات طولانی‌تر را در نظر بگیرید. با این حال، تغییرات خلق و خوی قبل از مداخله و خود قضاوتی با میزان برانگیختگی تأخیری در پاسخ به محرک‌های جنسی مرتبط است. افزایش قابل توجه در سرعت برانگیختگی خودکار با افزایش کلی در ذهن آگاهی، توجه، عدم قضاوت، پذیرش خود و رفاه مرتبط است(۶، ۱۰، ۲۱، ۲۴).

این مطالعه پیامدهای مهمی برای درمان رابطه جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی دارد. ابتدا، نتایج این مطالعه می تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای ایمن برای بهبود سلامت جنسی زنان مبتلا به اختلال ارگاسم مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این، ارائه نتایج می‌تواند به طراحی بهتر برنامه‌های مداخله‌ای توسط سیاست‌گذاران و همچنین مدیران سلامت کمک کند. در طراحی و اجرای این مطالعه از نتایج آخرین مطالعات مرتبط و نظرات متخصصان مرتبط استفاده شد و تلاش شد تا با استفاده از طرح یک مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور به حداکثر دقت در یافته‌ها برسد.

این پژوهش نیز مانند سایر مطالعات تجربی با محدودیت‌هایی مواجه بود. همه‌گیری COVID-19 بر ارتباطات درمانی، نحوه برگزاری جلسات و کیفیت درمان تأثیر گذاشت. نکته دیگر اشاره به نتایج خود گزارشی مراجعین دارد که سعی شد با ارائه توضیحات کامل مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های دیگر، محدودیت‌های فرهنگی مرتبط با مسائل جنسی که شامل عدم همکاری برخی از مراجعان برای شرکت در پژوهش می‌شد، بود. در این مطالعه با توجه به نوع طراحی، مداخلات فقط بر روی زنان انجام شد که پیشنهاد می‌شود تأثیر مداخلات بر زوجین نیز در مطالعات تکمیلی بررسی شود.

ذهن آگاهی جنسی نقش مهمی در سلامت جنسی، بهزیستی روابط و عزت نفس دارد. یافته‌های ما نشان می‌دهد که درمانگران باید کمک به مراجعین را در جهت ایجاد و توسعه مهارت‌های ذهن آگاهی در طول تجربیات جنسی مورد توجه قرار دهند. حفظ ذهن آگاهی در یک تجربه جنسی ممکن است به سادگی به بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی در یک زمینه روزمره منجر نشود، اما در عوض ممکن است نیاز به تمرکز ویژه‌ای بر ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های جنسی داشته باشد. ذهن آگاهی جنسی مهارتی را فراهم می‌کند که افراد می‌توانند بدون دخالت شریک زندگی خود آن را پرورش دهند و ممکن است به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

افراد کمک کند تا تلاش بیشتری برای ارتقاء سلامت جنسی و بهبود کیفیت رابطه جنسی داشته باشند.

روش انت بنیل بر دانش عصبی – حرکتی مبتنی است و به دلیل استفاده از مجموعه‌ای از روش‌ها می‌تواند برای کاهش رفتار کلیشه‌ای و مهارت‌های اجتماعی این کودکان سودمند باشد. همان‌طور که در بخش مقدمه نتایج چندین پژوهش توضیح داده شد، شواهدی زیادی در خصوص تأثیر مثبت فعالیت‌های حرکتی بر روی رفتار کودکان مبتلا به اختلال اتیسم وجود دارد.

اولین بار بست و جونز در دهه (۱۹۷۰) از حرکت‌درمانی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم استفاده کردند(۲۴).

حرکت و فعالیت‌های بدنی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم منجر به پیشرفت در عملکردهای شناختی، بهبود رفتارهای کلیشه‌ای، کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و پیشرفت در عملکرد اجتماعی– عاطفی می‌شود (۲۵).

فعالیت‌های حرکتی به دلیل تأثیر بر کاهش میزان رفتار کلیشه‌ای و مشکلات رفتاری ناشی از آن، به ارتباط اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم کمک می‌کند. این به‌نوبه خود به رشد احساسات مثبت‌تر، بهزیستی و کیفیت زندگی این کودکان منجر می‌شود. همچنین فعالیت‌های حرکتی عوارض مصرف دارو مانند چاقی را کاهش می‌دهد و منجر به بهبود در سلامت متابولیک و کیفیت زندگی این کودکان می‌شود (۲۶).

در روش آنت بنیل از بازی‌های حسی ـ حرکتی نیز استفاده می‌شود که شواهد و مطالعاتی در خصوص تأثیرگذاری آن وجود دارد ازجمله پژوهش دوماس، مکنا و مورفی (۲۰۱۶) که نشان داد بازی‌های حسی حرکتی میل درونی کودک و انگیزه ذاتی او برای تعامل با محیط را فرامی‌خواند در این حالت کودک با احساس ماهر بودن، بیشتر وارد جریان فعالیت خواهد شد(۲۷).

استفاده از حرکات ریتمیک، ماساژ و آگاهی‌های حرکتی در روش انت بنیل منجر به بهبود کارکردهای شناختی و هماهنگی حسی ـ حرکتی می‌شود و این هماهنگ با یافته‌های بیشاپ و پانجلیان (۲۰۱۸) است(۲۸).

آلسی و همکاران (۲۰۱۶) بر اساس شواهد پژوهشی دریافتند که بازی‌ها به دلیل توسعه حرکات و ایجاد هماهنگی می‌تواند منجر به بهبود توجه، مهارت برنامه‌ریزی، خلاقیت و تفکر شود و این یافته منطبق با اهداف روش انت بنیل می‌باشد چراکه هدف وی تغییر در فرایندهای شناختی بر اساس تغییر در فعالیت‌های حرکتی می‌باشد (۲۹).

تکرار و تمرین‌های صورت گرفته در روش انت بنیل فراخنای حافظه را تحت تأثیر قرار خواهد داد و انجام حرکات به آهستگی و آگاهی منجر به سازمان‌دهی رفتار، کاهش مشکلات عملکردی و اجتماعی می‌شود. یو، برنت، سیت (۲۰۱۸) نشان دادند که آموزش مهارت‌های حرکتی چنانچه به درک شناختی و حرکت منتهی شود، می‌تواند منجر به بهبود طراحی حرکتی، طرح‌واره بدنی، عملکرد حسی حرکتی، بهبود ادراک فضایی، ادراک شکل و فضا و ارتقاء یکپارچگی دیداری حرکتی شود (۳۰).

تمرینات بدنی و فیزیکی جدا از اینکه ذهن را پرورش می‌دهد و به‌دوراز استرس نگه می‌دارد، موجب افزایش سطح عملکرد و کارایی مغز می‌شود که نتیجه‌اش افزایش کارایی مغز و سرعت عمل بیشتر آن فعالیت بدنی است. بیگم علی و همکاران (۲۰۲۰) بر اساس شواهد پژوهشی بیان کردند، دستیابی به مهارت حرکتی با بهبود توانایی‌های ادراکی مانند توجه انتخابی و درک عمل مرتبط است (۳۱).

روش انت بنیل نیز با رشد مهارت‌های حسی ـ حرکتی و گسترش فرایندهای شناختی موجب رشد و تقویت نظام‌های حسی حرکتی و مهارت‌های ادراکی در کودکان اتیسم خواهد شد. در کل می‌توان بیان کرد درمان ارائه‌شده توسط انت بنیل می‌تواند نتایج سودمندی برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم داشته باشد و منجر به کاهش رفتار کلیشه‌ای و بهبود تعاملات اجتماعی شود.

مداخله دوم این پژوهش برنامه سان– رایز بود. این برنامه تعامل فردبه‌فرد برای تسهیل ارتباط، ملحق شدن به کودک و پاسخ‌دهی سریع به درخواست‌های کودک را مدنظر قرار می‌دهد. این درمان در حقیقت کلید ورود به دنیای کودک اوتیسم را ارائه می‌دهد.

همان‌طور که در بخش مقدمه بیان شد تفاوت بین برنامه سان-رایز و سایر رویکردهای درمانی در به‌کارگیری مهارت تقلید است. در این برنامه درمانگر هرگز تعاملی را آغاز نمی‌کند، در عوض به تقلید موازی (و نشان دادن علاقه به انجام این کار) می‌پردازد تا زمانی که کودک آغازگر تعامل شود.

این برنامه یک رویکرد رشد محور است که در برنامه‌های طولانی‌مدت و مستقر در خانه اجرا می‌شود. آموزش مراقبین یکی از ویژگی‌های مهم این برنامه است. برنامه سان –رایز از طریق افزایش تعاملات دوسویه مناسب والدین با کودک نقش مهمی در بهبود مشکلات آن‌ها ایفا کنند. آموزش والدین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

می‌تواند خلأ نقش والدین در درمان کودک با اختلالات طیف اوتیسم را که معمولاً در رویکردهای دیگر به آن پرداخته نمی‌شود را پر کند. باور اصلی برنامه سان –رایز بر این است که احتراماً به کودک و مراقبت پاسخگو از وی مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در برانگیختن کودک به یادگیری است و پذیرش مراقب اصلی بخش بسیار مهم فرایند آموزش است (۳۲).

با توجه به پژوهش حاضر و پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص اثربخشی برنامه سان رایز می‌توان بیان کرد این روش موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کودکان اتیسم می‌شود. این برنامه با توجه به مزیت‌های خود می‌تواند به‌عنوان یک برنامه موفق در رشد تعامل اجتماعی کودکان با اختلال اتیسم موردتوجه خانواده آنان قرار گیرد.

در کل می‌توان بیان کرد درمان ارائه‌شده توسط آنت بنیل (۲۰۱۲) و برنامه سان رایز نتایج سودمندی برای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم داشته و منجر به بهبود تعاملات اجتماعی و کاهش رفتار کلیشه‌ای شده است.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر شیوع ویروس کرونا و عدم امکان آموزش گروهی و مداخلات گروهی، عدم تمایل والدین جهت شرکت کودکانشان در جلسات مداخله به دلیل نگرانی از بیماری کرونا، کوچک بودن جامعه آماری، عدم امکان همسان‌سازی کودکان ازلحاظ تحصیلات و موقعیت اجتماعی – اقتصادی خانواده و شاخص‌های جمعیت شناختی بود. اجرای مداخلات به‌صورت گروهی و افزایش تعداد جلسات و استفاده از درمان به مدت طولانی می‌تواند نتایج بهتری را به همراه خواهد داشت. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در راستای برنامه‌ریزی درمانی و مداخلات بالینی، استفاده کرد و با آموزش این روش درمانی به والدین و مربیان مراکز توان‌بخشی کودکان مبتلا به اختلال اتیسم گامی در راستای بهبود عملکرد این کودکان برداشت.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز است که با منابع مالی شخصی محققین انجام گرفته است. بدینوسیله از ریاست و مدیران دانشگاه، اساتید محترم گروه آموزشی، شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه افرادی که در طراحی و اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Bilinçli KCİBT, Müdahaleler FT, Derleme SB. Mindfulness-Based Interventions in the Treatment of Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review.
2. Farajkhoda T, Sohran F, Molaeinezhad M, Fallahzadeh H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy consultation on improving sexual satisfaction of women in reproductive age: A clinical trial study in Iran. Journal of Advanced Pharmacy Education & Research| Apr-Jun. 2019;9(S2),[In Persian].
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xliv, 947-xliv, p.
4. Liu Y, Wang Y, Pu Z, Wang Y, Zhang Y, Dong C, et al. Sexual Dysfunction in Infertile Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sexual medicine.10(4):100528.
5. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. The journal of sexual medicine. 2016;13(2):144-52.
6. Banbury S, Lusher J, Snuggs S, Chandler C. Mindfulness-based therapies for men and women with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Sexual and Relationship Therapy. 2021:1-22.
7. Ranjbaran M, Chizari M, Matori Pour P. Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: Systematic review and Meta-analysis. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016;22(Special Issue):1117-25, [In Persian].
8. Adam F, Géonet M, Day J, De Sutter P. Mindfulness skills are associated with female orgasm? Sexual and Relationship Therapy. 2015;30(2):256-67.
9. Moura CV, Tavares IM, Nobre PJ. Cognitive-Affective Factors and Female Orgasm: A Comparative Study on Women With and Without Orgasm Difficulties. The journal of sexual medicine. 2020;17(11):2220-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]

10. Sun S, Nardi W, Loucks EB, Operario D. Mindfulness-based interventions for sexual and gender minorities: A systematic review and evidence evaluation. Mindfulness. 2021;12:2439-59.
11. Birnbaum G, Glaubman H, Mikulincer M. Women's experience of heterosexual intercourse—scale construction, factor structure, and relations to orgasmic disorder. Journal of Sex Research. 2001;38(3):191-204.
12. Kajbaf M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the sexual temperament of Afghan women (employed and educated in Iranian universities). Family and Sexual Health. 2021;2(1):17, [In Persian].
13. Shabani J, Abdi H. The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on sexual disorders and sexual satisfaction in women with spouses' extra-marital relationships. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2020;18(1):60-9, [In Persian].
14. Derogatis LR, Unger R. Symptom checklist-90-revised. The Corsini encyclopedia of psychology. 2010:1-2.
15. Bonicatto S, Dew M, Soria J, Seghezzo M. Validity and Reliability of Symptom Checklist'90 (SCL90) in an Argentine Population Sample. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 1997;32(6):332-8.
16. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of sex & marital therapy. 2000;26(2):191-208.
17. Mohammadi K, HEYDARI M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. 2008, [In Persian].
18. Adam F, Heeren A, Day JM, de Sutter P. " Development of the Sexual Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S): Validation Among a Community Sample of French-Speaking Women.
19. Fjorback L, Arendt M, Ornbol E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. 2011.
20. Jaderek I, Lew-Starowicz M. A Systematic Review on Mindfulness Meditation-Based Interventions for Sexual Dysfunctions. 2019. p. 1581-96.
21. Visted E, Vøllestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. The impact of group-based mindfulness training on self-reported mindfulness: a systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2015;6(3):501-22.
22. Sheybani F, Dabaghi P, Najafi S, Rajaeinejad M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Pain Intensity, Anxiety, Depression and Quality of Life of Patients with Chronic Pain. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022;28(2):3-,[In Persian].
23. Smedley DK, Leavitt CE, Allsop DB, Nance M, James SL, Holmes EK. Mindfulness and Sexual Mindfulness as Moderators Between Conflict Resolution and Sexual and Relationship Satisfaction. Journal of sex & marital therapy. 2021;47(8):814-28.
24. 24. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry research. 2011;187(3):441-53.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.14.4]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.14]