اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی

امینه سادات طباطبایی[1]، ایلناز سجادیان[2]، مسعود معتمدی[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: عملکرد جنسی مناسب و سالم، یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است و باعث ایجاد حس لذت مشترک در بین زوجین می‌شود. با توجه به اهمیت فرایندهای روان‌شناختی جنسی زنان، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) بر عملکرد جنسی و فرایندهای روان‌شناختی جنسی زنان ۲۰ تا ۵۰ سال متأهل مبتلا به اختلالات جنسی شهر اصفهان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون باگروه شاهد و پیگیری یک ماهه بود. نمونه آماری شامل ۲۰ نفر از زنان متأهل ۲۰ تا ۵۰ سال بود که در بهار ۱۳۹۴ به کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌پزشکی زنان و زایمان واقع در شهر اصفهان مراجعه کرده و با توجه به نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition یا DSM-V)، تشخیص اختلالات جنسی دریافت بودند. نمونه‌ها به طور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند (هر گروه ۱۰ نفر). ابزار جمع‌آوری شامل پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی، عملکرد جنسی زنان Rosen، کم‌رویی جنسی van lankveld و جرأت‌ورزی جنسی Hurlbert بود. مداخله پژوهش شامل ۱۰ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای درمان ACT برای گروه آزمایش بود و گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

یافته‌ها: روش ACT بر بهبود عملکرد جنسی، جرأت‌ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان مؤثر بود ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: می‌توان برای بهبود عملکرد جنسی، جرأت‌ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی، از روش ACT سود جست.

واژه‌های کلیدی: فعالیت جنسی، جرأت‌ورزی، اختلالات جنسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ارجاع: طباطبایی امینه سادات، سجادیان ایلناز، معتمدی مسعود. **اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۹۲-۸۴

دریافت مقاله: ۹۵/۹/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۱/۲۷

مقدمه

فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن، یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی انسان می‌باشد و بسیاری از عملکردهای نادرست جنسی زوجین به فقدان دانش مهارت‌های جنسی و ارتباطی آن‌ها بر می‌گردد (۱). از سوی دیگر، مسایل جنسی از نظر میزان اهمیت در ردیف مسایل درجه یک زندگی زناشویی قرار دارد (۲).کارکرد اولیه رابطه جنسی زناشویی، احساس لذت مشترک است که صمیمیت را افزایش می‌دهد، آن را عمیق‌تر می‌سازد، در حکم کاهش دهنده تنش در برخورد با فشارهای زندگی و ازدواج عمل می‌کند، در اصل پیوند زناشویی خاصی را پدید می‌آورد و به ارتباط زوجین با یکدیگر شور و شوق می‌بخشد. در واقع، سلامت روانی و جسمانی زنان نقش مهمی در استحکام بنیان خانواده دارد و عملکرد جنسی زنان در این مورد نقش مهمی بر عهده دارد (۳).

تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال عملکرد جنسی اثرات گوناگونی بر زندگی افراد مبتلا دارد و روابط بین فردی و زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). به نظر می‌رسد که دانش افراد در رابطه با مسایل مرتبط با فعالیت جنسی، نقش مهمی در رضایت جنسی ایفا می‌کند. از دیگر مسایل مهم در فرایندهای روان‌شناختی جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی می‌باشد (۵). 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 در بافت جنسی، بیشتر آگاه شوند (۶). جرأت‌ورزی جنسی نیز به منزله توانایی در شروع فعالیت‌های جنسی مورد نیاز و یا رد فعالیت‌های جنسی ناخواسته و حفظ خود از بارداری ناخواسته و بیماری‌های جنسی ناقل تعریف شده است (۷).

طی بررسی پیشینه پژوهش و مطالعات صورت گرفته در داخل و خارج کشور، تعداد کمی از مطالعات منتشر شده به بررسی زنان با ناکارامدی جنسی

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳- روان‌پزشک، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: ایلناز سجادیان Email: sajjadian@khuisf.ac.ir

Proof Version
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]

پرداخته‌اند. تحقیق Meston اولین پژوهشی است که به صورت تجربی تأثیر القای کم‌رویی جنسی بر پاسخ جنسی فیزیولوژیکی زنان سالم و مبتلا به اختلالات جنسی را سنجید. فرض تحقیق وی نشان داد که هرچه افراد کم‌رویی بیشتری را در بافت جنسی تجربه کنند، پاسخ‌های برانگیختگی جنسی آن‌ها در معرض آسیب بیشتری خواهد بود. یافته‌ها نشان داد که هرچه افراد سطح کم‌رویی عمومی بیشتری را گزارش می‌دادند، سطح بالاتری از درد جنسی را تجربه می‌کردند و توجه متمرکز بر خود به طور معنی‌داری پاسخ‌های واژینالی را کاهش می‌داد (۸). تحقیق van lankveld و همکاران نیز اولین مطالعه‌ای بود که پاسخ‌های جنسی به محرک‌های شهوانی را در سطوح متفاوتی از حواس‌پرتی خنثی در زنان با مشکلات جنسی و بدون مشکلات جنسی بررسی کرد. یافته‌های مطالعه آنان نشان داد که با ایجاد شرایط حواس‌پرتی در هر دو گروه نسبت به نبود این شرایط، میزان سطح برانگیختگی جنسی در هر دو گروه کاهش یافت (۹). van lankveld و Bergh با بررسی ابعاد مؤثر وضعیت و صفت توجه متمرکز به خود 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 (۱۰). Bay و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که بین جرأت‌ورزی جنسی و کم‌رویی جنسی همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد. زنان با جرأت‌ورزی جنسی بالاتر و کم‌رویی جنسی کمتر، عملکرد جنسی بهتری دارند و ۳۵ درصد از تغییر در نمرات عملکرد جنسی توسط جرأت ورزی جنسی و کم رویی جنسی تبیین می‌شود (۱۱). نتایج پژوهش دیگری حاکی از آن بود که بین میزان جرأت‌ورزی، کم‌رویی جنسی و عملکرد جنسی همبستگی معنی‌داری وجود دارد (۱۲).

در حوزه درمان اختلالات جنسی همواره درمان‌های متعددی مطرح بوده است که می‌توان از دارو درمانی به عنوان اولین و قدیمی‌ترین آن‌ها نام برد. با توجه به عوارض جانبی داروهای شیمیایی از جمله چاقی بیش از حد، زنان تمایلی به مصرف داروهای شیمیایی ندارند (۱۳). امروزه، نسل سوم درمان‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد دسته‌بندی کرد. در این درمان‌ها به جای 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 متناسب‌تر باشد، نه این که عملی فقط جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۱۴). از منظر این رویکرد، رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف‌ناپذیری روانی دارد که به وسیله تلفیق شناختی و اجتناب از تجارب تلاش به منظور کنترل، دگرگون نمودن شکل فراوانی یا حساسیت موقعیت تجارب درونی همچون افکار احساسات خاطرات و دریافت‌های حسی می‌باشد و زمانی اتفاق می‌افتد که شخص تمایل برای حفظ ارتباط خود با برخی از تجارب خاص شخصی را نداشته و تلاش می‌نماید که مشکل یا فراوانی این وقایع را حتی اگر به قیمت یک تغییر رفتاری باشد، تغییر دهد (۱۵). همچنین، این درمان به فرد این فرصت را می‌دهد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرایانه بپردازد و هیجانات ثانویه مانند شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نماید (۱۴). همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) جزء اولین روش‌های پذیرش متفکرانه در رشد اولیه است که استوار بر ایده‌های درمان شناختی- رفتاری، اما متفاوت از آن می‌باشد. این درمان معتقد است که درمان شناختی- رفتاری یک مسأله درست، اما یک راه‌حل اشتباه بود. این رویکرد قصد داشت به راه‌حلی برسد که با بهترین سنت رفتاری هماهنگ باشد و مجموعه رو به افزایشی از اصول رفتاری را به وجود آورد که شرح رفتاری مفید و قوی از زبان انسانی و شناخت را شامل شود (۱۶).

طبق نتایج پژوهش‌های سبوحی و همکاران، روش ACT اسنادهای زناشویی زوجین و کیفیت زندگی زنان را بهبود بخشید (۱۷). در پژوهش نریمانی و همکاران بر روی مراجعان متقاضی طلاق، روش ACT بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اثربخش بود (۱۸). عرب‌نژاد و همکاران روش ACT را روی زوجین دارای مشکلات زناشویی شهر تهران (۲۰ تا ۵۰ سال) انجام دادند که باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش صمیمیت در رابطه زناشویی شد (۱۹). محققان، استفاده از دو شیوه درمان سیستمی، روش ACT را بر روی آشفتگی زناشویی زوج‌های ۲۰ تا ۳۰ سال اثربخش گزارش نمودند (۲۰). محققان روش ACT و تمرکز ذهنی را بر روی ۴۴ زوج در دو گروه آزمایشی و یک گروه شاهد مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مداخلات سبب غنی‌سازی ارتباط زوجین و سلامت روانی فردی گردیده بود (۲۱). Burpee و Langer اثربخشی روش ACT را با استفاده از مداخلات پذیرش و تمرکز ذهنی بر روی ۹۵ زوج مورد پژوهش قرار دادند. نتایج آنان نشان داد که ارتباط قوی و معنی‌داری بین این مداخلات و رضایت زناشویی است (۲۲). امروزه یکی از مسایل مهم در جامعه، استحکام بنیان خانواده و رضایت زناشویی است و بر طبق آمار جهانی، دو سوم طلاق‌ها و جدایی‌ها به علت مسایل مقاربتی و زناشویی اتفاق می‌افتد (۲۳).

با توجه به اهمیت مسایل جنسی در رضایت زناشویی و تحکیم بنیان خانواده، ضرورت پرداختن به این موضوع و به کارگیری طرح درمانی مناسب در درمان ناکارامدی جنسی زنان احساس می‌شود. این مسأله هنوز جزء مسایل تابو به شمار می‌رود و اطلاعاتی که در دسترس افراد قرار دارد، بیشتر از رسانه‌های غیر معتبر و غیر تخصصی است که این مسأله مسبب مشکلات بیشتری در روابط بین زوجین می‌شود و همچنین، ناکارامدی جنسی زنان تأثیر فوق‌العاده و انکارناپذیری روی بهزیستی کلی فرد دارد (۲۴). زنان نسبت به مردان با توجه به سطوح پایین‌تر آندروژن و سطوح بالاتر استروژن (به خصوص در زمان تخمک‌گذاری)، میل جنسی کمتری را به طور خودبه‌خودی تجربه می‌کنند و میل آن‌ها بیشتر وابسته به فرایندهای ارتباطی است (۲۵). از آن‌جایی که عملکرد جنسی سالم یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان و همچنین، یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی به حساب می‌آید؛ از این‌رو، باعث ایجاد حس لذت مشترک در بین زوجین می‌گردد و توانایی فرد را برای مقابله کارامدتر با استرس‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد (۲۶). همچنین، 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. از این‌رو، محرومیت جنسی در بسیاری از مواقع منجر به طلاق و از هم گسستگی زندگی زناشویی می‌گردد (۷). بدیهی است که رضایت از رابطه جنسی ارتباط تنگاتنگی با رابطه کلی زن و شوهر دارد و یک ارتباط جنسی مشکل‌آفرین ممکن است بر تعامل زن و شوهرها تأثیر زیان‌آوری داشته باشد. حتی ناهماهنگی زناشویی در عملکرد موفقیت‌آمیز جنسی تداخل می‌نماید و ناهنجاری جنسی موجب بروز ناسازگاری زناشویی بیشتری می‌گردد و وقوع هر

www.mui.ac.ir
Proof Version
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]

یک از مشکلات جنسی یا زناشویی می‌تواند تأثیر زیان‌آوری بـر سـایر حـوزه‌هـا بگذارد (۲۷). طی بررسی پیشینه تحقیقات انجام گرفته، در ایران مطالعه‌ای یافت نشد که به صورت مستقیم به بررسی اثربخشی روش ACT بر عملکرد جنسـی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسـی بپـردازد. از این‌رو، پرداختن به این موضوع بر خلاف کمک به زنـان در جهـت رضـایتمندی جنسی در تحکیم بنیان زندگی خانوادگی کمک مـی‌کنـد و جامعـه‌ای کـه در آن بنیان زندگی خانوادگی محکم باشد، از بسیاری از آفات و آسـیب‌هـای اجتمـاعی حفظ خواهد شد. با توجه بـه آنچـه گفتـه شـد، هـدف از انجـام مطالعـه حاضـر، اثربخشی روش ACT بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسـی زنان مبتلا به اختلالات جنسی شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی به همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه شاهد و پیگیری بود. جامعه آماری را زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله متأهل تشکیل داد کـه در بهـار سال ۱۳۹۴ به کلینیک‌ها و مطب‌های روان‌پزشکی زنان و زایمان شهر اصـفهان مراجعه کرده بودنـد و بـا توجـه بـه نسـخه پـنجم راهنمـای تشخیصـی آمـاری اخـتلالات روانـی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition یا DSM-V)، مبتلا به یکـی از اخـتلالات جنسـی تشخیص داده شده بودند. از بین آن‌ها ۲۰ نفر بـه صـورت در دسـترس انتخـاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه درمان ACT و شاهد (هـر گـروه ۱۰ نفـر) قرار گرفتند. خلاصه جلسات بسته درمانی نیز بر اساس بسته درمـانی Forman و Herbert در جدول ۱ ارایه شده است (۱۴).

معیارهای ورود شامل زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله متأهل دارای اختلال جنسـی بـا تشـخیص روان‌پزشـک و معیارهـای خـروج شـامل ابـتلا بـه اخـتلالات حـاد روان‌پزشکی همزمان، وجود مشکل جسمی و هورمونی اثرگذار بر عملکرد جنسی همزمان، انجام جراحی‌های خـاص ماننـد هیسـترکتومی و ماسـتکتومی، ابـتلای همسر به اختلال جنسی، بارداری و عدم توانایی و رغبت برای انجام تکالیف بود. زنانی که در گروه ACT قرار داشتند، بـه مـدت ۱۰ جلسـه تحـت درمـان قـرار گرفتند. این درمان بر اساس بسته Forman و Herbert و بـه صـورت فـردی بود و در جلسات ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته یک‌بار برگزار می‌شد تا افراد بـه راحتـی مسایل و مشکلات خود را بیان کنند و به راحتی تحت درمان قـرار گیرنـد (۱۴). ۱۰ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند که هیچ درمانی بر روی آن‌ها انجام نشـد و در لیست انتظار قرار داشتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها نیز شامل سه پرسش‌نامه بود که در ادامه به تفصیل ارایه شده است.

پرسـش‌نامـه عملکـرد جنسـی زنـان Rosen و همکـاران (Female Sexual Function Index یـا FSFI):

ایـن مقیـاس دارای ۱۹ سؤال است و ۶ بعد اصلی اختلالات جنسی زنان شامل میل جنسـی، برانگیختگـی جنسی، لیزشدگی واژن، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی را می‌سـنجد (۲۸). اعتبـار مقیاس از طریق پایـایی بازآزمـایی در پـژوهش‌هـای گونـاگون ۰/۷۹ تـا ۰/۸۶و نمـره ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۲ گـزارش شـده اسـت (۱۱). در پـژوهش حاضـر، ضریب Cronbach's alpha پرسش‌نامه ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسـش‌نامـه جـرأت‌ورزی جنسـی Hurlbrt (Hurlbert Index of Sexual Assertiveness یا HISA):

این مقیاس در سال ۱۹۹۱ برای سنجش میزان جـرأت ورزی جنسـی زنـان در تعامـل بـا دیگـران تدوین شد و مشتمل بر ۲۵ سؤال است و در آن از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت اسـتفاده شده است. این آزمون از گزینه همیشه (صفر) تا هرگز (چهار) درجه‌بنـدی شـده اسـت. برای سـؤال‌هـای ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۲ و ۲۳ از سیسـتم نمـره‌گـذاری معکوس استفاده می‌شود. به گزینه همیشه ۴ نمره و به گزینه هرگز هیچ نمره‌ای تعلـق نمی‌گیرد و دامنه نمره‌گذاری آزمون از صفر تا ۱۰۰ است. هرچه آزمودنی نمره بـالاتری را کسب کند، جرأت‌ورزی جنسی بالاتری دارد و هر چقدر نمـره کمتـری را بـه دسـت آورد، دارای جـرأت‌ورزی جنسـی کمتـری اسـت (۲۷). ثبـات درونـی احقـاق جنسـی Hurlbrt، ۰/۹۱ با روایی محتوایی مناسب و سـاختار یافتـه و مناسـبی گـزارش شـده است (۲۹). ضریب Cronbach's alpha در مطالعه حاضر بـرای ایـن پرسـش‌نامـه ۰/۷۱ به دست آمده است.

پرسـش‌نامـه کـم‌رویـی جنسـی van lankveld و همکـاران (Sexual Self-Consciousness Scale یا SSCS):

این ابزار شـامل دو بعد خودتمرکزی جنسی و شرم جنسی است. پاسـخ هـا در مقیـاس لیکـرت پـنج درجه‌ای از صفر تا ۴ مشخص شده است. حداقل نمرات، صفر و حـداکثر نمـرات، ۴۸ می‌باشد. از جمع نمرات در دو بعد، نمره کم‌رویی جنسی آزمودنی حاصل شد. نمرات پایین‌تر نشان دهنده کم‌رویی جنسی کمتـر اسـت (۹). ایـن پرسـش‌نامـه توسط Bay و همکاران ترجمه شده اسـت و ضـریب Cronbach's alpha آن پس از ترجمه و تأییـد روایـی محتـوایی، ۰/۷۷ محاسـبه شـد (۱۱). در پـژوهش حاضر ضریب Cronbach's alpha مربوط به این پرسـش‌نامـه نیـز ۰/۷۷ بـه دست آمد.

جدول ۱. بسته درمانی ACT (Acceptance and commitment therapy)

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 ACT (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 به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شود و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرد، متمرکز می‌ماند و این که این مهارت‌ها چگونه کار می‌کند. همچنین، استفاده از تکنیک فرصت دادن به هر یک از زوجین هنگام مشاجره. 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. بر شماردن نقاط مثبت و منفی زوجین توسط یکدیگر بدون هیچ گونه قضاوت و واکنش هیجانی، بیان استعاره اتوبوس و قطار
هشتم	آموزش تحمل پریشانی، مرور جلسات قبل و بازخورد دادن زوجین به یکدیگر، بیان استعاره شطرنج
نهم	آموزش تنظیم هیجان، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارایه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر
دهم	افزایش کارامدی بین فردی، آموزش مهارت‌های بین فردی مهم، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

www.mui.ac.ir
Proof Version
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار آزمون نرمال بودن داده‌های پژوهش در نمرات عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
عملکرد جنسی	آزمایش	۴۰/۰۰ ± ۷/۰۵	۵۱/۴۰ ± ۲/۶۰	۵۱/۰۰ ± ۲/۴۹
	گروه شاهد	۴۳/۱۰ ± ۶/۲۷	۴۳/۷۰ ± ۴/۹۰	۴۳/۹۰ ± ۴/۹۷
کم‌رویی جنسی	آزمایش	۱۵/۱۰ ± ۵/۵۲	۱۰/۲۰ ± ۳/۴۵	۱۰/۵۰ ± ۴/۱۱
	گروه شاهد	۱۰/۶۰ ± ۵/۲۹	۱۰/۱۰ ± ۵/۸۵	۱۰/۴۰ ± ۵/۳۵
جرأت‌ورزی جنسی	آزمایش	۴۰/۰۰ ± ۷۰/۵۰	۵۱/۴۰ ± ۲/۰۶	۵۱/۰۰ ± ۲/۴۹
	گروه شاهد	۴۳/۱۰ ± ۶/۲۷	۴۳/۷۰ ± ۴/۹۰	۴۳/۹۰ ± ۴/۹۷

دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد. بنابراین، لازم بود تا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات بررسی گردد. ویژگی‌های توصیفی گروه نمونه با استفاده از آمار توصیفی به دست آمد که اطلاعات مربوط به آن در جدول ۲ ارایه شده است. در پژوهش حاضر از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، تنها مدت زمان ازدواج با کم‌رویی جنسی رابطه معنی‌داری نشان داد و سایر متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای پژوهش رابطه معنی‌داری نداشت. همه سطوح معنی‌داری از ۰/۰۵ بیشتر بود. بدین ترتیب، در بررسی فرضیات تنها پیش‌آزمون کنترل شد و تنها در کم‌رویی جنسی علاوه بر پیش‌آزمون، مدت زمان ازدواج کنترل گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

پس از اجرای روش ACT، از هر دو گروه آزمایش و شاهد پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس، داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد. در جدول ۲ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) گروه آزمایش و شاهد در شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارایه شده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در گروه‌های آزمایش و شاهد مشاهده می‌شود که در جرأت‌ورزی جنسی، خودآگاهی جنسی و عملکرد جنسی، میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بالاتر بود. نمرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایش بیشتری را نسبت به گروه شاهد نشان داد. همچنین، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در همه متغیرهای پژوهش در هر دو گروه آزمایش و شاهد در هر سه مرحله پژوهش تأیید شد (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود).

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون Levene استفاده شد. متغیر جرأت‌ورزی جنسی در مرحله پیش‌آزمون P = ۰/۸۹۱، F = ۰/۰۱۹، در مرحله پس‌آزمون P = ۰/۱۵۶، F = ۲/۱۹۲ و در مرحله پیگیری P = /۱۱۲، F = ۲/۷۹۲ به دست آمد. در متغیر خودکارامدی جنسی، در مرحله پیش‌آزمون P = ۰/۶۵۶، F = ۰/۲۰۶، در پس‌آزمون P = ۰/۳۷۱، F = ۰/۸۴۲ و در مرحله پیگیری P = ۰/۹۱۹، F = ۰/۰۱۱ حاصل شد. در متغیر عملکرد جنسی، در مرحله پیش‌آزمون P = ۰/۰۱۹، F = ۶/۶۸۱، در پس‌آزمون P = ۰/۸۵۱، F = ۰/۰۳۶ و در مرحله پیگیری P = ۰/۶۱۵، F = ۰/۲۶۲ به دست آمد. مجموع نتایج نشان داد که پیش‌فرض برابری واریانس‌ها به جز در متغیر عملکرد جنسی در مرحله پیش‌آزمون، در سایر متغیرهای پژوهش در همه مراحل تأیید گردید. جهت بررسی برابری پیش‌فرض تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته از آزمون MBox استفاده شد. نتایج این آزمون مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های واریانس- کواریانس نمرات عملکرد جنسی، MBox = ۱۷/۵۲۶، F = ۵/۱۳۹، P = ۰/۰۰۱؛ کم‌رویی جنسی، MBox = ۳/۱۴۳، F = ۰/۹۲۱، P = ۰/۴۲۹ و در متغیر جرأت‌ورزی جنسی MBox = ۶/۴۷، F = ۱/۸۹۹، P = ۰/۱۲۷ به دست آمد که بیانگر تأیید پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها در همه متغیرها به جز عملکرد جنسی بود. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره جهت مقایسه دو گروه در کلیه متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۳. نتایج مقایسه دو گروه در نمرات عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

منبع		متغیر	ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	اثر پیلایی	۰/۷۱۴	۱۹/۹۸۴	۲	۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۴	۱/۰۰۰
		Wilks's lambada	۰/۲۸۶						
		اثر Hetling	۲/۴۹۸						
		بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۲/۴۹۸						
	گروه	اثر پیلایی	۰/۶۶۴	۱۵/۷۹۳	۲	۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴	۰/۹۹۷
کم‌رویی جنسی	پیش‌آزمون	Wilks's lambada	۰/۲۰۸	۳۰/۴۴۵	۲	۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹۲	۱/۰۰۰
	گروه		۰/۶۳۴	۴/۶۲۴	۲	۱۶	۰/۰۲۶	۰/۳۶۶	۰/۷۲۸
جرأت‌ورزی جنسی	پیش‌آزمون	Wilks's lambada	۰/۸۶۹	۱/۲۰۶	۲	۱۶	۰/۳۲۵	۰/۱۳۱	۰/۲۲۶
	گروه		۰/۴۱۷	۱۱/۱۹۵	۲	۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳	۰/۹۷۷

Proof Version

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]

جدول ٤. نتایج تحلیل تک متغیره عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	حجم اثر	توان آماری
عملکرد جنسی	پس‌آزمون	۴۱۵/۴۵۴	۱	۴۱۵/۴۵۴	۳۱/۳۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۳۱/۶۴۶	۱	۲۳۱/۶۴۶	۲۱/۲۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵۶	۰/۹۹۱
کم‌رویی جنسی	پس‌آزمون	۴۴/۹۲۵	۱	۴۴/۹۲۵	۶/۳۴۸	۰/۰۲۲	۰/۲۷۲	۰/۷۰۵
	پیگیری	۴۷/۹۹۸	۱	۴۷/۹۹۸	۸/۵۸۴	۰/۰۰۹	۰/۳۳۶	۰/۷۸۸
جرأت‌ورزی جنسی	پس‌آزمون	۳۱۵/۳۶۷	۱	۳۱۵/۳۶۷	۲۲/۷۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲	۰/۹۹۴
	پیگیری	۲۸۳/۸۴۹	۱	۲۸۳/۸۴۹	۱۹/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۹	۰/۹۸۷

لازم به یادآوری است که برای متغیر عملکرد جنسی که پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها در آن تأیید نشد، کلیه ضرایب شامل اثر پیلایی، Wilks's lambada، اثر Hetling و بزرگ‌ترین ریشه‌روی ارایه شده است.

یافته‌ها در سطح استنباطی مبنی بر اثربخشی روش ACT بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی، در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در عملکرد جنسی و نمرات کم‌رویی جنسی معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵$)، اما در متغیر جرأت‌ورزی جنسی معنی‌دار نشد. با کنترل این رابطه، میانگین نمرات عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری داشت ($P = ۰/۰۰۱$). از این‌رو، نتایج نشان داد که ۰/۶۶۴، ۰/۳۶۶ و ۰/۵۸۳ از تفاوت‌های فردی در بهبود عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط بود. به عبارت دیگر، روش ACT باعث عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در گروه آزمایش شد. میزان تأثیر درمان در بهبود عملکرد جنسی ۶۶/۴ درصد، جرأت‌ورزی جنسی ۵۸/۳ درصد و کم‌رویی جنسی ۳۶/۶ درصد بود. توان آماری در متغیرهای عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی به ترتیب برابر با ۰/۹۷۷، ۰/۷۲۸ و ۰/۹۹۷ به دست آمد که در متغیرهای جرأت‌ورزی جنسی و عملکرد جنسی بیشتر از ۹۰ درصد و در کم‌رویی جنسی بیشتر از ۷۰ درصد بود. این مطلب نشان می‌دهد که دقت آزمون در متغیرهای جرأت‌ورزی جنسی و عملکرد جنسی عالی و در متغیر کم‌رویی جنسی مناسب است و حجم نمونه در آزمون فرضیه‌های هر سه متغیر کفایت می‌کند.

بر اساس داده‌های جدول ۴، تفاوت میانگین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار شد. میانگین نمرات عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون ($P < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($P < ۰/۰۰۱$) در دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری داشت. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که روش ACT، نمرات عملکرد جنسی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری را بهبود داد. میزان تأثیر این مداخلات بر بهبود عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون برابر با ۶۴/۸ درصد و در مرحله پیگیری ۵۵/۶ درصد بود. تفاوت میانگین نمرات کم‌رویی جنسی در مرحله پس‌آزمون ($P < ۰/۰۵۰$) و پیگیری ($P < ۰/۰۱۰$) در دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری داشت. از این‌رو، می‌توان گفت که روش ACT، نمرات خودآگاهی جنسی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را بهبود بخشید. میزان تأثیر این مداخلات بر بهبود خودآگاهی جنسی در مرحله پس‌آزمون ۲۷/۲ درصد و در مرحله پیگیری ۳۳/۶ درصد به دست آمد. همچنین، تفاوت میانگین نمرات جرأت‌ورزی جنسی در مرحله پس‌آزمون ($P < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($P < ۰/۰۰۱$) معنی‌دار بود. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که روش ACT، نمرات جرأت‌ورزی جنسی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را بهبود داد. میزان تأثیر این مداخلات بر افزایش جرأت‌ورزی جنسی در پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۵۷/۲ و ۵۳/۹ درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روش ACT بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از اثربخشی این درمان بر بهبود متغیر عملکرد جنسی، کاهش کم‌رویی جنسی و افزایش متغیر جرأت‌ورزی جنسی زنان بود. نتایج پژوهش در بافتی کلی‌تر با نتایج پژوهش عرب‌نژاد و همکاران (۱۹) و Burpee و Langer (۲۲) همسویی دارد.

در تبیین اثربخشی روش ACT بر عملکرد جنسی، می‌توان به نکاتی اشاره نمود. روش ACT 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 این که نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای فرد را نشان می‌دهد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبودی 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 بر اساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌ها است. همه روش‌هایی که دو هدف را تحقق می‌بخشد، رسیدن به این هدف را نیز عملی می‌کند و به نظر می‌رسد که این مسأله خود باعث می‌شود تا عملکرد جنسی زنان بعد از درمان بهبود یابد و باعث پایداری اثر درمان نیز می‌گردد (۳۰). از آن‌جایی که هدف اصلی در روش ACT، 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 ACT، تغییر فرایند درگیر در روان درمانی این اختلال‌ها می‌باشد و در حقیقت، این نوع درمان قابلیت تغییر افکار، احساسات افراد و روشی که آن‌ها می‌خواهند دست به حل مسأله بزنند را با تکنیک‌های خاص خود دارد (۱۴).

متغیر دیگر که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت، کم‌رویی جنسی بود. در تبیین اثربخشی روش ACT بر کم‌رویی جنسی می‌توان بیان نمود که این شیوه باعث می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت و

Proof Version

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]

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 این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند، به جای این که از آن‌ها فاصله بگیرند. همچنین، به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن‌آگاهی 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 کمک 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 تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی در این درمان، این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزار دهنده خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارامد 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 ACT، استفاده از استعاره‌ها بود و استعاره فقط یک موضوع تزیینی مختص ادبیات به حساب نمی‌آید، بلکه در اندیشه و عمل روزانه انسان‌ها جریان نشانگر ساختار تفکر فرد می‌باشد و تفکر فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این موضوع به نوبه خود نه تنها بر روی زبان، بلکه بر روی عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد (۳۱). به این منظور، از استعاره شطرنج استفاده گردید. در این استعاره از فرد درخواست می‌گردد که خود را به عنوان صفحه یک شطرنج در نظر بگیرد و برای او افکار خوب و بد که مانند مهره‌های شطرنج هستند، تفاوتی نداشته باشد. از سوی دیگر، در این درمان با توجه به این که هدف اصلی رویکرد این است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی به ناچار برای او ایجاد کرده است، یک زندگی پربار و معنی‌دار برای خود ایجاد نماید. هدف درمانگر ACT، کاهش علایم نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع از علایم رها شود. این درمان ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به عنوان علایم مرضی درک ننمایند و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشد) درک کنند (۱۶).

از دیگر استعاره‌هایی که افراد از طریق آن آموختند که کنترل افکار در کاهش کم‌رویی جنسی اثربخش نیست و حتی آن را افزایش می‌دهد، استعاره چاه بود و از مراجع درخواست می‌شود تا برای لحظه‌ای تصور کند که زندگی شبیه سرگردانی در جایی پر از چاه است. برای چند لحظه و به هر دلیلی تصور کند که درون یکی از این چاه‌ها افتاده است. از این پس این چاه کم‌رویی نام دارد و جعبه ابزاری دارد که در طی زندگی خود تهیه کرده است و تنها چیز مفیدی که در آن پیدا می‌کند، یک بیلچه است. در نگاه اول استفاده از آن بسیار منطقی به نظر می‌رسد. بنابراین، شکی به دل راه نمی‌دهد و از آن استفاده و شروع به کندن چاه می‌کند. شخص برای رهایی از چاه، انرژی و زمان زیادی را صرف کندن می‌کند؛ چرا که تنها راهی که به نظر او می‌تواند کارساز باشد تا از کم‌رویی رهایی یابد، همین است. در واقع، مشکل همین جا است؛ به دلیل این که مادامی که از این بیلچه‌ها برای بیرون آمدن از چاه استفاده می‌کند، گودالی به نام کم‌رویی عمیق و عمیق‌تر می‌شود. از استعاره اتوبوس نیز برای آموزش مفهوم گسلش، کنترل و مشکلات آن‌ها استفاده شد. در این تمثیل، درمانجو راننده اتوبوس است. اتوبوسی که از مسافر پر شده است (بعضی از این مسافران ترسناک و گستاخ هستند). مسافران نمودار افکار، هیجانات، خاطرات، حس‌های بدنی و برانگیزنده‌های رفتاری مرتبط با کم‌رویی جنسی در درمانجو است. در حین اجرای این تمثیل، درمانجویان ترغیب می‌شوند تا مسیری را که با اتوبوس طی می‌کنند، متجلی ارزش‌های برگزیده خود و مسافران (اخلالگر) را به مثابه محتوای روان‌شناختی مسأله‌ساز (کم‌رویی جنسی) در نظر بگیرند، محتوایی که در طی مسیر باید به ناچار با آن مقابله کنند. برخی از مسافران با توسل به زور سعی می‌کنند یا راننده را به متوقف کردن اتوبوس وادارند یا وی را به حرکت در مسیرهای دیگر مجبور کنند. آرام کردن یا بیرون کردن مسافران سرکش، افعالی ناموثر و انرژی‌بر تلقی می‌شود. استدلال این تمثیل آن است که راننده نمی‌تواند با یک دست دو هندوانه بردارد؛ یعنی نمی‌تواند در آن واحد هم در مسیر ارزش‌هایش حرکت کند و هم با مسافران سرکش به جر و بحث و زد و خورد بپردازد. همچنین، به کارگیری این مفاهیم و استعاره‌ها باعث کاهش کم‌رویی جنسی در افراد شد. این درمان با تمرکز بر تکنیک‌های پذیرش و تمرکز حواس، خودآگاهی جنسی زنان را افزایش و شرم و کم‌رویی جنسی آن‌ها را کاهش داد.

متغیر دیگری که در پژوهش مورد بحث قرار گرفت، جرأت‌ورزی جنسی بود. محققان جرأت‌ورزی 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 می‌کنند (۳۲). نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های Bay و همکاران (۱۱) همسو می‌باشد. در مطالعه Hulbrt زنانی که به لحاظ جنسی جرأت‌ورزتر هستند، میزان فعالیت جنسی، ارگاسم، تمایل و رضایت جنسی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند (۲۷). در تبیین یافته فوق می‌توان اذعان داشت که از دیدگاه ACT، اجتناب از تجارب فرایند آسیب‌زایی را به وجود می‌آورد که در ایجاد و گسترش تعارضات زناشویی و خانوادگی شرکت می‌نماید. 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 جلسات 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 می‌داد 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 می‌توانستند که 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 فرایند پذیرش و گسلش با وجود این نارضایتی، اولویت ارزشی خود را پیدا کنند و گام‌های درست را بدون تحت تأثیر قرار گرفتن از این شرایط در جهت ارزش‌های خود بردارند. با کمک استعاره‌های مختلف مفاهیم پذیرش افکار توضیح داده شد. از جمله استعاره چاه که به افراد مفهوم درماندگی خلاق آموزش داده شد و به آن‌ها کمک کرد تا واکنش‌ها و افکار منفی را به شیوه‌های جدید تجربه نمایند. همچنین، از استعاره اتوبوس و قطار هم برای تمرین گسلش استفاده شد که در

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]
Proof Version

آن به فرد آموزش داده شد لزومی ندارد که افکار خود را حذف کنید، بلکه از آن‌ها فاصله بگیرید. در این درمان به افراد مشاهده‌گری خنثی آموزش داده شد. یعنی مشاهده ساده افکار بدون این که نسبت به آن‌ها واکنش نشان دهند یا وارد کشمکش شوند و این مسأله جرأت‌ورزی آن‌ها را بهبود بخشید. در تبیین تداوم اثربخشی روش ACT، می‌توان بیان نمود که 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 جلسات درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل و یا کشمکش با آن‌ها تجربه کند.

انجام پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به مواردی اشاره نمود. پژوهش بر روی زنان انجام شد، پس در تعمیم یافته‌ها باید احتیاط صورت گیرد. همچنین، با توجه به تابو بودن موضوع پژوهش، جمع‌آوری نمونه مشکلات خاص خود را داشت. توجه به این که پژوهش حاضر در شهر اصفهان صورت گرفت، تعمیم آن به مناطق دیگر احتیاط خاص خود را می‌طلبد. علاوه بر این، پژوهش به صورت دو گروهی انجام گرفت که محدودیت تعداد نمونه را داشت. در پایان، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این طرح به صورت ۳ گروهی، ۴ گروهی سولومون و یا ۵ گروهی با یک گروه شبه آزمایشی صورت گیرد. همچنین، بهتر است که روش ACT بر روی اختلالات جنسی مردان متأهل نیز بررسی شود. پیشنهاد می‌گردد که اثربخشی روش ACT بر درمان اختلالات جنسی با دیگر درمان‌های زناشویی مورد مقایسه قرار بگیرد و بهتر است در پژوهش‌های آتی از جامعه آماری وسیع‌تر و متنوع‌تری استفاده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی عوامل به ویژه مسؤولان محترم دانشگاه، تمامی کلینیک‌ها و مراکز زنان و زایمان شهر اصفهان که در انجام پژوهش حاضر مساعدت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از تمامی بانوان عزیزی که بی‌دریغ در روند پژوهش را مساعدت نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Sasanpour M, Shahroudian G, Ahmadi A. Cognitive restructuring and its subscales impact on sexual problems in couples. Journal of Family Research 2014; 10(40): 475-91. [In Persian].
2. Mohammadi K, Rahnama P, Moayed Mohseni S, Faghihzadeh S, Sahraean MA, Mohammadi Tabar S, et al. Sexual dysfunction and predisposing factors in women with multiple sclerosis. Payesh Health Monit 2012; 12(1): 71-8. [In Persian].
3. Khamse A. New strategies in couple's therapy. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2010. [In Persian].
4. Azar M, Iranpoor Ch, Noohi S. Sexual dysfunction relationship with psychiatric disorders in women. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2003; 9(2): 22-30. [In Persian].
5. Rellini AH, Ing AD, Meston CM. Implicit and explicit cognitive sexual processes in survivors of childhood sexual abuse. J Sex Med 2011; 8(11): 3098-107.
6. Buss AH. Psychological dimensions of the self. New York, NY: Sage Publications; 2001.
7. Shafie P. The Relationship between Realization Inclination Sexual Identity Married Women Student (20-30) ages Dormant Living in City Tehran [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Rajaee Teacher Training University; 2005. [In Persian].
8. Meston CM. The effects of state and trait self-focused attention on sexual arousal in sexually functional and dysfunctional women. Behav Res Ther 2006; 44(4): 515-32.
9. van Lankveld JJ, Geijen WE, Sykora H. The sexual self-consciousness scale: Psychometric properties. Arch Sex Behav 2008; 37(6): 925-33.
10. van Lankveld J, Bergh S. 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 2008; 46(4): 514-28.
11. Bay F, Bahrami F, Fatehizadeh M, Ahmadi A, Etemadi O. Attachment orientations and female sexual function: The mediation role of sexual assertiveness and self-consciousness. Interdiscipl J Contemp Res Bus 2012; 4(5): 50-63. [In Persian].
12. Nazari AM, Bayrami M, Bai F. The effect of feminist group sex therapy on sexual assessrtiveness of educated women. J Psychol 2010; 5(19): 159-76. [In Persian].
13. Rakhshandah H, Hosseini M. Potentiation of pentobarbital hypnosis by Rosa damascena in mice. Indian J Exp Biol 2006; 44(11): 910-2.
14. Forman EM, Herbert JD. 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; 2004. p. 263-5.
15. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. J Clin Psychol 2001; 57(2): 243-55.
16. Harris R. ACT with love: Stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitm. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009. p. 224.
17. Sobouhi R, Fatehizade MA, Ahmadi SA, Etemadi O. The effect of counseling approach based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on quality of life of women referred to Isfahan Cultural Centers. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2015; 2(1): 42-53. [In Persian].
18. Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The study of the efficiency of acceptance and commitment-based therapy on the

Proof Version

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]

quality of infertile women's life. Journal of Family Counseling & Psychotherapy 2014; 4(3): 387-405.
19. Arabnejad S, Birashk B, Abolmaali Alhosseini K. The effectiveness of acceptance and commit-ment therapy (ACT) on increasing marital inti-macy and decreasing marital conflicts between the couples of Tehran. Journal of Social Issues & Humanities 2014; 2(8): 89-93.
20. Baruch DE, Kanter JW, Busch AM, Juskiewicz KL. Enhancing the therapy relationship in acceptance and commitment therapy for psychotic symptoms. Clin Case Stud 2009; 8(3): 241-57.
21. Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Mindfulness-based relationship enhancement. Behav Ther 2004; 35(3): 471-94.
22. Burpee LC, Langer EJ. Mindfulness and marital satisfaction. J Adult Dev 2005; 12(1): 43-51.
23. Eshghie R. Structural equation editor sexual dysfunction in women in Isfahan [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2012. [In Persian].
24. Balon R. Introduction: New developments in the area of sexual dysfunction(s). Adv Psychosom Med Basel, 2008; 29: 1-6.
25. Both S, Everaerd WT, Laan ET. Desire emerges from excitement: A psychophysiological perspective on sexual motivation. In: Janssen E, Editor. The Psychophysiology of Sex. Bloomington, Indiana: Indiana University Press; 2007. p. 327-9.
26. Hersen M. Clinical behavior therapy: Adults and children. New York, NY: Wiley; 2002. p. 198-9.
27. Hurlbert DF. The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. J Sex Marital Ther 1991; 17(3): 183-90.
28. 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. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.
29. Higgins JA, Mullinax M, Trussell J, Davidson JK Sr, Moore NB. Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. Am J Public Health 2011; 101(9): 1643-54.
30. Roemer L, Orsillo SM. An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, Editors. Acceptance-and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment. Berlin, Germany: Springer; 2005.
31. Blenkiron P. Stories and analogies in cognitive behaviour therapy. New York, NY: John Wiley & Sons; 2011.
32. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. Cogn Behav Pract 2009; 16(4): 430-42.

Proof Version

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function, Sexual Self-Consciousness and Sexual Assertiveness among Women with Sexual Dysfunction

Amineh Sadat Tabatabayi[1], Ilnaz Sajjadian[2], Masood Motamedi[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Fit and healthy sexual function, physical and mental health creates a sense of fun is common among couples. Due to the importance of women's sexual and psychological processes the aim of this study was to the effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function, sexual self-consciousness sexual assertiveness of 20-50 years' women in Isfahan city.

Methods and Materials: The method of this study was semi experimental method with pretest, posttest and follow-up. Subjects were chosen accessibly among women who had recourse to women parturition and psychiatric clinics and they had been diagnosed to have sexual dysfunction based on DSM-5 in spring of 2015. These subjects were assigned in two groups include to acceptance and commitment therapy and control group (each group 10 person). The first group received 10 sessions (each session lasted 45 minutes) acceptance and commitment therapy. Second group (control group) did not receive any intervention. Subjects respond to demographic test, Rosen et al Female Sexual Function Questionnaire, Van lank veld and et al sexual self-conscious questionnaire, Hurlbrt sexual assertiveness, before intervention immediately after intervention and one mount later after intervention.

Findings: The results of MANCOVA showed that acceptance and commitment therapy was effective on recovery of sexual function, sexual self-consciousness and sexual assertiveness ($p < 0.05$).

Conclusions: According to the results, can be Search profit of acceptance and commitment therapy for recovery of sexual function, sexual self-consciousness and sexual assertiveness.

Keywords: Sexual activity; Assertiveness; Sex disorders; Acceptance and commitment therapy

Citation: Tabatabayi AS, Sajjadian I, Motamedi M. **Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function, Sexual Self-Consciousness and Sexual Assertiveness among Women with Sexual Dysfunction.** J Res Behav Sci 2017; 15(1): 84-92.

Received: 08/12/2016 Accepted: 15.02.2017

Proof Version

1- Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3- Psychiatrist, Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian, Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.12.1]