DOI: *10.29252/rbs.18.1.60*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 18, Issue 1

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sexual Disorders and Sexual Satisfaction in Women with spouses' extra-marital relationships

Jafar Shabani[1], **Hasan Abdi**[2]

1. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
2. M.A. Student, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Physical Education, Faculty of Humanities, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

Abstract

Aim and Background: Studies have shown that mindfulness affects many psychological variables. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on sexual dysfunction and sexual satisfaction in women with meta-marital relationships**.**

Methods and Materials: The research method is quasi-experimental and applied. The research design was pre-test, post-test and experimental groups. The statistical population of the study consisted of all women with spouses with meta-marital relationship referring to Tehran Psychological Health Clinic. As a quasi-experimental type of study, 29 patients (control and experimental groups) were selected as sample size based on inclusion and exclusion criteria. Research instruments consisted of Sexual Satisfaction Questionnaire (LSSQ) and FSFI. In the present study, the Shapiro-Wilk test was used to investigate the normal distribution of data. Data were analyzed using one way ANOVA, repeated measures test and Bonferroni post hoc test.

Findings: The results showed that due to the difference between the means of sexual satisfaction and sexual function, scores from pre-test to post-test increased. There was also a significant difference between the mean post-test and follow-up of sexual satisfaction and sexual function in the experimental group ($p < 0.001$). The difference between pre-test and post-test for sexual satisfaction and sexual function in the control group was not significant ($p = 0.552$). There was also a decrease in mean post-test and follow-up of sexual satisfaction and sexual function in control group ($p = 0.906$).

Conclusions: It seems that mindfulness can affect many psychological variables such as sexual disorders and sexual satisfaction of women with spouses with meta-marital relationships. Further research is recommended to increase external validity.

Keywords: Mindfulness, Sexual Disorders, Sexual Satisfaction, Meta- marital.

Citation: Shabani J, Abdi H. **The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sexual Disorders and Sexual Satisfaction in Women with spouses' extra-marital relationships.** J Res Behav Sci 2020; 18(1): 60-69

*** Jafar Shabani,**
Email: jshabanipnu@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی

جعفر شعبانی[1]، حسن عبدی[2]

۱- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات نشان داده‌اند که ذهن آگاهی بر بسیاری از متغیرهای روانی اثرگذارند؛ بنابراین، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی بود.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق نیمه تجربی و کاربردی بود. طرح تحقیق به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه‌های تجربی و گواه بود. جامعه آماری تحقیق را تمامی زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی سلامت شهر تهران تشکیل دادند. با توجه به اینکه نوع تحقیق نیمه تجربی بوده و مداخله صورت گرفت ۲۹ نفر (گروه‌های گواه و تجربی) به‌عنوان حجم نمونه بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. ابزارهای تحقیق را پرسشنامه رضایت جنسی (LSSQ) و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) تشکیل دادند. در مطالعه حاضر، برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها از آزمون شاپیروویلک استفاده شد. برای بررسی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه ANOVA، آزمون اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با توجه به اختلاف میانگین‌های رضایت جنسی و عملکرد جنسی، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش یافته است. همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری رضایت جنسی و عملکرد جنسی گروه تجربی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت جنسی و عملکرد جنسی در گروه کنترل معنادار نیست ($p=۰/۵۲۲$). همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری رضایت جنسی و عملکرد جنسی گروه کنترل کاهش صورت گرفته است ($p=۰/۹۰۶$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی می‌تواند بر بسیاری از متغیرهای روانی ازجمله اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی اثرگذار باشد. جهت بالا بردن اعتبار بیرونی پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات بیشتری صورت بگیرد.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، اختلالات جنسی، رضایت جنسی، فرازناشویی.

ارجاع: شعبانی جعفر ، عبدی حسن. **اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۱): ۶۹-۶۰

*- جعفر شعبانی

رایان نامه: jshabanipnu@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]

[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

مقدمه

فعالیت جنسی یک از ابعاد مهم زندگی افراد است که می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های فرد، روابط بین فردی، شرایط خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، محیط، سوابق فعالیت‌های جنسی وی و همسر، سلامت جسمی و روانی و وضعیت هورمونی فرد قرار می‌گیرد (۱). رضایت جنسی، قضاوت و تحلیل هر فرد از میزان لذتی است که هنگام برقراری رابطه جنسی به دست می‌آید و به‌صورت رسیدن به مرحله اوج لذت جنسی نیز تعریف می‌شود (۲). اهمیت رضایت جنسی ازآن‌جهت است که استحکام روابط زناشویی بدون داشتن بدون روابط جنسی رضایت‌بخش به خطر می‌افتد و این لذت است که سختی‌های زندگی و مشکلات بین زوجین را قابل‌تحمل می‌نماید (۳). رضایت جنسی و عملکرد جنسی سالم و رضایت‌بخش، عامل مهمی در پیشگیری از اختلال عملکرد جنسی است (۴). رضایت جنسی و عملکرد جنسی سالم و رضایت‌بخش، عامل مهمی در پیشگیری از ایجاد اختلال در عملکرد جنسی افراد است (۵). بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال عملکرد جنسی در یک فرد، احساس ناراحتی شدید و فشار فردی به مدت حداقل ۶ ماه (به‌استثنای مصرف مواد و یا اختلال عملکرد جنسی ناشی از دارو) است که در سه‌طبقه تشخیصی مجزا شامل کنش جنسی، ملال جنسی و نابهنجاری‌های جنسی تقسیم‌شده است. اختلالات کنش جنسی شامل اختلال میل جنسی کم‌کار در مردان، اختلال علاقه (برانگیختگی جنسی در زن)، اختلال نغوظی، انزال زودرس، تأخیر انزال، اختلال ارگاسمی در زن، اختلالات درد (دخول تناسلی – لگنی) و کژ کاری جنسی ناشی از مواد و دارو و یا اختلال عملکرد جنسی مشخص دیگر است (۶).

ذهن آگاهی به‌عنوان آگاهی از طریق توجه به هدف در زمان حال و بدون قضاوت و پیش‌داوری توصیف شده است. تیزدل و همکاران در سال ۲۰۰۰ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را با این مضمون مطرح نمودند که در ابتدا پژوهش‌ها در این زمینه در جهت شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی پیش‌بینی کننده عود افسردگی بود (۷). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که در ابتدا توسط کبات ذین مطرح شد شامل مؤلفه‌هایی بود که در ارتباط با استرس باعث تعدیل و اصلاح می‌شد (۸)؛ که هدف اولیه درمان گروهی درزمینه افسردگی بوده و بیشتر آزمودنی‌های مدنظر بوده است که دارای سابقه افسردگی و میزان بالای آسیب‌پذیر بودن در دوره‌های بعدی بودند اگرچه این رویکرد در جهت پیشگیری از افسردگی بوده که در حال بهبودی بودند ولی باوجوداین تحقیقات دیگر، اثربخشی آن را در اختلالات دیگر همانند اختلال استرس پس از آسیب، اختلال دوقطبی، اختلال افسرده خویی و اختلالات اضطرابی تائید کرده‌اند. فرضیه اساسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که ذهن دارای دو نوع ذهنیت است که از طریق آن‌ها ذهنیت بودن و ذهنیت انجامی می‌تواند به پردازش تجربه بپردازد. هدف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که بیمار از اثرات باز فعال‌شدگی ذهنیت انجامی از طریق پایش خودآیند، آگاهی یابد و از طریق به‌کارگیری و ایجاد حالت در ذهنیت بودن، بماند و با مشاهده افکار و حضور ذهن بر احساسات خود از طریق انجام تمرین‌های مکرر، روی جهت‌دهی هدفمندانه و آگاهی و توجه به یک شی مانند نفس کشیدن و یا احساس‌های ناشی از بدن باشد. اضافه براین سه نکته اصلی در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مانند تنظیم توجه، توسعه آگاهی فراشناختی و تمرکززدایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی وجود دارد. به‌طورکلی، در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به‌صورت افکار محض در نظر بگیرد و آن‌ها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آن‌ها معمولاً برمی‌انگیزانند جدا کنند و درنهایت معنای آن‌ها را تغییر دهد (۹). آموزش ذهن آگاهی، بر کاهش اضطراب و سازگاری روان‌شناختی مؤثر است (۱۰). همچنین تحقیقات نشان داده است که ذهن آگاهی باعث بهبود خلق شده و آموزش کوتاه‌مدت آن باعث کاهش خستگی و اضطراب (۱۰, ۱۱)، افزایش عزت‌نفس (۱۲)، کاهش اختلال اضطراب فراگیر (۱۳)، بهبود عملکرد جنسی (۱۴) می‌شود. هرچند که در تحقیقات جدید مانند ریکروف مایلان و همکاران (۱۵) هنوز هم این آگاهی برای عود افسردگی و تثبیت آن کاربرد دارد ولی در زمینه‌های دیگر مانند اختلالات جنسی و رضایت جنسی موردتوجه خیلی از محققان قرارگرفته است. برای مثال تمرین ذهن آگاهی در تحقیق ویلارینو (۱۶) بر مشکلات جنسی زنان یک روش بالینی امیدوارکننده با نتایج نویدبخش بود؛ هرچند که تحقیقات تجربی در جوامع گوناگون با متدولوژی دقیق‌تر نیاز است تا اثربخشی ذهن آگاهی به‌عنوان یک مؤلفه ویژه و مکانیزم‌های درگیر در آن در جهت تغییر درمان صورت گیرد. مطالعات متعددی شواهد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

قابل‌توجهی در مورد مزایای تمرین‌های ذهن آگاهی برای کسانی که با انواع مشکلات سلامتی مواجه هستند را نشان داده است (۱۷). در پژوهش هریسون و همکاران که اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر بیماران ریوی انجام گردید، نتایج نشان داد این درمان به‌طور مؤثری اضطراب را در بیماران کاهش داد (۱۸). همچنین پژوهش لی و همکاران مؤثر بودن ذهن آگاهی را بر استرس، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران نشان داده است (۱۹). در پژوهش روزنویگ و همکاران (۲۰) در طی یک برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد، در بیماران مبتلابه درد مزمن، نتایج پژوهش کاهش نارضایتی روان‌شناختی را نشان داد اما درد و کیفیت زندگی کاهش معنی‌داری را در بیماران نشان نداد. باوجود همه تغییرات عصر حاضر در زمینه روابط عاطفی و جنسی تک‌همسری هم چنان مطلوب و خیانت برای زوجین نامطلوب تلقی می‌گردد. فهم این موضوع در ارتباط با خیانت برای زوجین باعث به وجود آمدن بدبینی و احساس‌ها و رفتارهای نامطلوب شده و افراد را در مسیر نابودی قرار می‌دهد. باوجود پیشرفت‌های سریع و زیاد حوزه تخصصی روانشناسی، خیانت زناشویی موضوعی است که زوج درمانگران هنوز قادر به ایجاد یک طرح درمانی مناسب نشده‌اند (۲۰)؛ بنابراین ارائه مداخلات اثربخش برای افراد مواجه شده با پیمان‌شکنی زناشویی ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به ماهیت پیمان‌شکنی و عوامل روانی مخرب منتج از آن و همچنین مکانیزم عمل مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، این تحقیق باهدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی انجام خواهد شد.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق نیمه تجربی و کاربردی می‌باشد. طرح تحقیق به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه‌های تجربی و گواه می‌باشد.

جامعه آماری تحقیق را تمامی زنان ۲۰ تا ٤٥ سال دارای همسران با روابط فرازناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی سلامت شهر تهران تشکیل دادند. همچنین ۲۹ نفر (گروه گواه ۱۴ نفر و تجربی ۱۵ نفر) به‌عنوان حجم نمونه بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به‌عنوان نمونه در دسترس و داوطلبانه بود. با توجه به اینکه محدودیت‌های فرهنگی در ارتباط با مسائل جنسی وجود دارد، جهت پیدا کردن نمونه موردنظر به کلینیک روان‌شناختی سلامت مراجعه شد تا افرادی را که با چنین مشکلی مواجه بودند شناسایی و در صورت رضایت افراد به‌عنوان آزمودنی انتخاب شدند.

ابتدا از تمامی مراجعین زن مراجعه نموده به کلینیک بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ذکرشده توسط روانشناسی بالینی مصاحبه به عمل آمد. سپس فرم رضایت‌نامه در اختیار کسانی که تمایل به شرکت به تحقیق داشتند و مورد مصاحبه قرارگرفته بودند داده شد. اطلاعات کامل در ارتباط با ذهن آگاهی و تعداد جلسات ارائه‌شده و پرسشنامه‌ها سه بار به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط آزمودنی‌های تحقیق تکمیل گردید.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل زنان مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی سلامت تهران در ماه‌های مهر و آبان ۱۳۹۸، دارا بودن نمره ۲۸ یا کمتر در پرسشنامه عملکرد جنسی و عدم ابتلا به سایر اختلال‌های روان‌شناختی (با تشخیص روانشناس بالینی از طریق مصاحبه) بود.

ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم همکاری و عدم حضور کامل در جلسات ذهن آگاهی و یا عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

پروتکل جلسات شناخت درمانی: هر هفته یک جلسه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برگزار شد و آزمودنی‌ها تکلیف خانگی دریافت کردند.

جلسات اول و دوم. آشنایی و برقراری ارتباط، مشخص کردن اهداف گروه و قوانین و مقررات گروهی، تمرین ابتدایی خوردن کشمس، تنفس آگاهانه و وارسی بدنی، مراقبه نشسته، توجه به تفسیر ذهنی به‌عنوان شروع مسئولیت شخصی برای افکار و احساسات، تکالیف خانگی شامل: تنفس آگاهانه و وارسی بدنی به کمک فایل صوتی، تمرین آگاهی از وقایع خوشایند و فعالیت‌های معمول زندگی روزانه

جلسات سوم و چهارم. انجام تمرینات دیدن و شنیدن آگاهانه، بحث پیرامون بودن در لحظه حال و مشاهده و توجه به افکار تنها به‌عنوان افکار و نه به‌عنوان حقایق و حوادث، انجام مراقبه نشسته با تأکید بر ادراک احساس بدن، معرفی پیاده‌روی آگاهانه و تکالیف خانگی شامل: وارسی بدنی، نشستن آگاهانه با تمرکز بر تنفس، آگاهی از رویدادهای خوشایند و آگاهی از فعالیت‌های معمول متفاوت.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

جلسات پنجم و ششم. انجام تمرینات مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار و تمرین بازنگری تکالیف خانگی، آگاهی از احساسات و نام‌گذاری آن‌ها و خواندن شعر و تمثیل، تماشای فیلم مستند مراقبه طبیعت و تکالیف خانگی شامل: خواندن انواع شعر و تمثیل، ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند هرروز.

جلسات هفتم و هشتم. انجام تمرینات مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و بازنگری تمرین‌ها، بازنگری بدنی، بحث پیرامون آماده شدن برای انجام اتمام دوره، بحث و بررسی کوتاه پیرامون موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن برای انجام مستمر تمرینات، جمع‌بندی درمان و اجرای پس‌آزمون

پرسشنامه رضایت جنسی (LSSQ): پرسشنامه رضایت جنسی به‌وسیله لارسون و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است که شامل ۲۵ سؤال به روش پاسخ‌دهی پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و رضایت جنسی به‌صورت کلی را می‌سنجد. آلفای محاسبه‌شده برای این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش‌شده است (بهرامی و همکاران، ۲۰۱۶). پاسخ به سؤالات این پرسشنامه به‌صورت ۵ گزینه‌ای و بر اساس یک مقیاس لیکرتی از ۱ تا ۵ را دریافت می‌کنند. بر اساس این پرسشنامه نمره‌ها به‌طورکلی بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد و طبقه‌بندی رضایت جنسی به سطوح عدم رضایت جنسی (نمره کمتر از ۵۰)، رضایت کم (نمره بین ۵۱ تا ۷۵)، رضایت متوسط (نمره بین ۷۶ تا ۱۰۰) و رضایت زیاد (نمره بالاتر از ۱۰۱ به بالا) است. پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بارور ۰/۹۳ و برای گروه نابارور ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است (۲۱)؛ اعتبار و پایایی این پرسشنامه در تحقیق ثمین فر و وزیری (۲۲) به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۱ به دست آمده است.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI): این پرسشنامه توسط روزن در سال ۲۰۰۲ تهیه شد. ۱۹ سؤال در ۶ حوزه مستقل با این مفاهیم میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی سنجیده شد. نمرات در نظر گرفته‌شده برای سؤال‌های ۱- حوزه میل و ۲- حوزه تهییج جنسی، ۳- رطوبت مهبلی، ارگاسم، ۵- درد و ۶- رضایتمندی جنسی (۵-۱ یا ۰) است. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول چهار هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. با جمع‌کردن نمرات ۶ حوزه باهم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به‌این‌ترتیب، نمره‌گذاری به گونه است که نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم‌وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر شش و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. حداقل نمره برای حوزه میل جنسی (۱/۲)، حوزه تهییج جنسی، رطوبت مهبلی، ارگاسم و درد (۰) و حوزه رضایتمندی (۰/۸) و برای کل مقیاس حداقل نمره برابر ۲ خواهد بود. در پرسشنامه عملکرد جنسی زنان، نمره ۲۸ به معنای اختلال عملکرد جنسی می‌باشد (کینسبرگ و همکاران، ۲۰۱۷). ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هریک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر به‌دست‌آمده است و همچنین روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی ۰/۷۱ به دست آمد. پایای کل مقیاس در تحقیق آقا و جعفری ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش‌شده است (۲۳). اعتبار و پایایی پرسشنامه در تحقیق ثمین فر و وزیری (۲۲) به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۹ به‌دست‌آمده است

در این پژوهش از آمار توصیفی جهت تعیین میانگین، میانه، انحراف معیار، رسم جداول و نمودارها استفاده شد. قبل از آزمون و تحلیل آماری از آزمون شاپیرو ویلک جهت نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته استفاده شد. برای بررسی همسانی ماتریس کوواریانس‌های دو گروه از آزمون باکس، جهت بررسی همسانی واریانس‌های خطا از آزمون همگنی واریانس‌های لِوِن، جهت بررسی تساوی کوواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری از آزمون کرویت ماچلی و جهت بررسی تغییرات بین گروهی از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه ANOVA، آزمون اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی نشان داد که میانگین سنی و انحراف استاندارد گروه تجربی ۶/۳۴±۳۳/۶۶ و میانگین سنی انحراف استاندارد گروه گواه ۶/۸۱±۳۱/۶۴ می‌باشد.

با توجه به نتیجه آزمون شاپیرو ویلک، متغیرهای اختلال جنسی و رضایت جنسی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از ۰/۰۵ بود و معنادار نیست. این مسئله نشان می‌دهد توزیع داده‌ها در بین گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای عملکرد جنسی و رضایت جنسی نرمال هستند. همچنین نتایج آزمون باکس برای متغیرهای عملکرد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

جنسی (۰/۵۴۱) و رضایت جنسی (۰/۴۳۲) بالاتر از ۰/۰۵ بود که نشان می‌دهد پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس در هر دو متغیر رعایت شده است. نتایج آزمون همگنی واریانس-های لِوِن برای متغیرهای عملکرد جنسی در پیش‌آزمون (۰/۰۹۰)، پس‌آزمون (۰/۱۲۱)، پیگیری (۰/۴۷) و رضایت جنسی در پیش‌آزمون (۰/۸۴۷)، پس‌آزمون (۰/۸۸۷)، پیگیری (۰/۴۶۲) بود و ازاین‌رو، می‌توان نتیجه گرفت، پیش‌فرض همسانی واریانس‌های خطا رعایت شده است. همچنین مفروضه تساوی کوواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری برای داده‌های متغیر عملکرد جنسی (p<۰/۰۰۱) و رضایت جنسی (<۰/۰۰۱) برقرار نیست، چراکه سطح معنی‌داری برای آماره ماچلی از ۰/۰۵ کوچک‌تر است. در صورت صادق نبودن آزمون تساوی کوواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری از اصلاح درجات آزادی گرین هاوس- گایزر استفاده می‌شود. جدول ۱ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی زمان و تعامل گروه و زمان در متغیر اختلالات جنسی را با اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون گرین هاوس- گایزر نشان می‌دهد.

جدول ۱. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی اختلالات جنسی

منابع تغییرات	MS	F	df	p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر زمان	۸۰۰/۰۳۸	۶۶/۴۷۶	۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۱	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۹۲۱/۲۴۹	۸۱/۷۶۵	۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۱/۰۰

نتایج جدول ۱ آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر اختلالات جنسی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان و تعامل زمان با گروه معنادار است (p<۰/۰۰۱). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۷۱ درصد تغییرات متغیر اختلالات جنسی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه ۰/۷۳۹ است که نشان می‌دهد ۷۰ درصد تغییرات واریانس اختلالات جنسی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است. برای بررسی دوبه‌دوی تفاوت میانگین اختلالات جنسی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۲ نشان داده‌شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر اختلالات جنسی در دو گروه

گروه	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	p
تجربی	پیش‌آزمون (۱۱/۸۶۶)	پس‌آزمون (۲۲/۳۳۳)	-۱۰/۴۶۷	۱/۲۰۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۳۰/۰۶)	-۱۸/۲۰۰	۱/۸۶۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون (۲۲/۳۳۳)	پیگیری (۳۰/۰۶)	-۷/۷۳۳	۱/۱۶۹	<۰/۰۰۱
کنترل	پیش‌آزمون (۱۸/۱۴۲)	پس‌آزمون (۱۷/۷۸۵)	۰/۳۵۷	۰/۲۴۸	۰/۵۲۲
		پیگیری (۱۷/۵)	۰/۶۴۳	۰/۳۸۷	۰/۳۶۱
	پس‌آزمون (۱۷/۷۸۵)	پیگیری (۱۷/۵)	-۰/۲۸۶	۰/۲۸۶	۰/۹۰۶

نتایج جدول ۲ نشان داده‌شده است که اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه تجربی معنادار است (p<۰/۰۰۱). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش‌یافته است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه تجربی تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل معنادار نیست (p=۰/۵۲۲). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است. حتی بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل کاهش صورت گرفته است (p=۰/۹۰۶).

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی زمان و تعامل گروه و زمان در متغیر رضایت جنسی را با اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون گرین هاوس- گایزر نشان می‌دهد.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر رضایت جنسی نشان می‌دهد. از محتوای جدول

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

مشخص است که اثرات اصلی زمان و تعامل زمان با گروه معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۷۳ درصد تغییرات متغیر رضایت جنسی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه ۰/۷۵۲ است که نشان می‌دهد ۷۰ درصد تغییرات واریانس رضایت جنسی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای رضایت جنسی

منابع تغییرات	MS	F	df	p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر زمان	۹۳۴/۱۰۵	۷۵/۶۰۸	۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۷	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۱۴۵۷/۱۳۷	۸۱/۷۶۵	۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۲	۱/۰۰

برای بررسی دوبه‌دوی تفاوت میانگین رضایت جنسی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۴ نشان داده‌شده است.

جدول ٤. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر رضایت جنسی در دو گروه

گروه	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تجربی	پیش‌آزمون (۳۱/۲۶۷)	پس‌آزمون (۴۶/۶۶۷)	−۱۵/۴۰۰	۲/۱۹۵	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۵۳/۹۳۳)	−۲۲/۶۶۷	۱/۷۷۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون (۴۶/۶۶۷)	پیگیری (۵۳/۹۳۳)	۱/۰۷۱	۰/۳۳۹	<۰/۰۰۱
کنترل	پیش‌آزمون (۳۳)	پس‌آزمون (۳۳/۴۲۹)	−/۴۲۹	۰/۳۷۴	۰/۸۱۷
		پیگیری (۳۲/۳۵۷)	۰/۶۴۳	۰/۴۱۴	۰/۴۳۴
	پس‌آزمون (۳۳/۴۲۹)	پیگیری (۳۲/۳۵۷)	−۱/۰۷۱	۰/۳۳۹	<۰/۲۳

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده‌شده است، اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه تجربی معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش‌یافته است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه تجربی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل معنادار نیست ($p=۰/۸۱۷$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است. حتی بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل کاهش صورت گرفته است ($p=۰/۲۳$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فرازناشویی اثر دارد. شواهد رو به رشد زیادی در طول دهه‌های گذشته، ذهن آگاهی را به‌عنوان کمک‌کننده به‌سلامت روانی و جسمی بهتر معرفی کرده است (۲۴, ۲۵). ذهن آگاهی ویژگی‌ای است که به‌عنوان توانایی مشاهده، توصیف یا آگاهی از تجربیات لحظه بدون قضاوت تعریف‌شده است. ذهن آگاهی با سلامت روان‌شناختی بهتر به علت افزایش توجه و تنظیم عاطفی و افزایش آگاهی در مورد خود پیوند خورده است (۲۶). نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق ویلارینو (۱۶)، بروتو و همکاران (۲۷) و محمد (۲۸) هم‌راستا می‌باشد.

در تمامی این تحقیقات ذهن آگاهی باعث بهتر شدن عملکرد جنسی و کاهش اختلال در این زمینه شده است. در تحقیق محمد (۲۸) باعث بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلابه سرطان، در تحقیق احمدیان و غریبی (۱۳۹۳) باعث کاهش مشکلات جنسی شده است. به نظر می‌رسد شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن یا همان ذهن آگاهی در کاهش افکار خود -آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب اثرگذار باشد (۲۹)؛ همچنین در ارتباط با مقایسه نتایج این بخش با نتایج تحقیقات قبلی در ارتباط با بهبود روابط جنسی با نتایج تحقیق ثمین‌فر و وزیری (۲۲)، شیوخی سوغانلو و همکاران (۳۰) هم‌راستا بود. نتایج تحقیق ثمین‌فر و وزیری (۲۲) با عنوان رابطه اختلال در عملکرد جنسی و رضایت جنسی با میانجی‌گری خودکارآمدی جنسی زنان متأهل شهر تهران نشان داد که با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

افزایش اختلال در عملکرد جنسی، رضایت جنسی کاهش می‌یابد و با افزایش میزان خودکارآمدی جنسی، رضایت جنسی افزایش می‌یابد. همچنین نتایج تحقیق شیوخی سوغانلو و همکاران (۳۰) با عنوان اثربخشی آموزش ذهن آگاهی جنسی بر رضایت جنسی زنان متأهل نشان داد که آموزش ذهن آگاهی جنسی در ارتقای رضایتمندی جنسی زنان مؤثر است و می‌توان از این آموزش در جهت بهبود تقویت روابط جنسی زنان استفاده کرد. به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی می‌تواند در کنار سایر مداخلات دارودرمانی و مداخلات پزشکی، در افزایش خودکارآمدی جنسی و رضایت جنسی افراد مؤثر می‌باشد. نتایج تحقیق لیویت و همکاران (۳۱) با عنوان نقش ذهن آگاهی جنسی بر بهزیستی جنسی، بهزیستی ارتباطی و عزت‌نفس نشان داد که افراد با ذهن آگاهی جنسی بیشتر به عزت‌نفس بیشتر تمایل داشتند و با رضایت بیشتر، ارتباطاتشان به‌ویژه در زنان بیشتر شد و رضایتمندی‌شان با رابطه زناشویی در زندگی بیشتر شد. نتایج تحقیق پترسون و همکاران (۳۲) نشان داد که ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اختلال جنسی را در زنان تعدیل کرده است. نتایج تحقیق ویلارینو (۱۶) با عنوان مدیریت مشکلات جنسی زنان با رویکرد ذهن آگاهی نشان داد که اثر ذهن آگاهی بر مشکلات جنسی زنان یک روش بالینی امیدوارکننده با نتایج نویدبخش بود. نتایج تحقیق بروترو و همکاران (۲۷) با عنوان رویکردهای شرقی برای تقویت جنسی زنان: ذهن آگاهی، طب سوزنی و یوگا (CME) نشان داد که ذهن آگاهی به‌طور قابل‌توجهی چندین جنبه پاسخ جنسی را بهبود می‌بخشد و پریشانی جنسی، میل جنسی و اختلال انگیختگی را در زنان کاهش می‌دهد. اگرچه اثربخشی یوگا فقط برای درمان اختلال عملکرد جنسی (انزال زودرس) در مردان به‌صورت تجربی موردبررسی قرارگرفته است اما در بسیاری از منابع به مزایای یوگا برای تمایلات جنسی زنان اشاره نمودند. نتایج تحقیق لیویت و همکاران (۳۱) با عنوان نقش ذهن آگاهی جنسی بر بهزیستی جنسی، بهزیستی ارتباطی و عزت‌نفس نشان داد که افراد با ذهن آگاهی جنسی بیشتر به عزت‌نفس بیشتر تمایل داشتند و با رضایت بیشتر، ارتباطاتشان به‌ویژه در زنان بیشتر شد و رضایتمندی‌شان با رابطه زناشویی در زندگی بیشتر شد.

نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق پرواسی و همکاران (۳۳) در تناقض بود. این تحقیق که به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در رضایت زناشویی زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر پرداخته بود نشان داد که این رویکرد درمانی در جهت رضایت زناشویی زنان معنادار نبود. از دلایل این تناقض می‌توان به تعداد شرکت‌کننده‌ها اشاره نمود که در تحقیق پرواسی و همکاران فقط ۵ نفر به‌عنوان آزمودنی انتخاب‌شده بود درحالی‌که در تحقیق حاضر ۱۵ نفر به‌عنوان گروه تجربی اعمال‌شده بود. همچنین در پروتکل درمانی ذهن آگاهی پرواسی و همکاران به تکالیف خانگی در طول هفته اشاره ننموده است درحالی‌که در تحقیق حاضر تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته از موارد و مهم و مورد تأکید محقق بوده و با یادآوری از طریق رسانه‌های مجازی مانند پیامک و گزارش دهی روزانه پیگیری می‌شده است.

از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به محدودیت‌های فرهنگی در ارتباط با مسائل جنسی اشاره نمود که شامل عدم همکاری برخی از مراجعان و همچنین عدم صداقت کامل در تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت ناخودآگاه و غیرعمدی بودن می‌باشد. در تحقیقات قبلی نیز به محدودیت‌های فرهنگی – اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های نامناسب بهداشتی در مقوله جنسی اشاره‌شده است (۳۴). در تحقیق دیگر نیز عدم صداقت احتمالی بعضی از افراد در بیان صریح مسائل خود از محدودیت‌های تحقیق بوده است (۳۵).

پیشنهاد می‌گردد تحقیقات بیشتری در ارتباط با مسائل جنسی و به‌ویژه فرازناشویی صورت بگیرد. در جهت تعمیم نتایج به دیگر جوامع پیشنهاد می‌گردد که در مراکز و کلینیک‌های دیگر نیز موردبررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از نتایج پایان‌نامه آقای حسن عبدی دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی مصوب دانشگاه پیام نور مرکز گرگان بود. بدین‌وسیله از مدیریت دانشگاه، استاد راهنما، داور و تمامی افرادی که در انجام این تحقیق مرا یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Chen KC, Yeh TL, Lee IH, Chen PS, Huang HC, Yang YK, et al. Age, gender, depression, and sexual dysfunction in Taiwan. The journal of sexual medicine. 2009;6(11):3056-62.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

2. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, Barton DL, Bolte S, Damast S, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation of Cancer Care Ontario guideline. J Clin Oncol. 2018;36(5):492-511.
3. Cobb RJ, Davila J, Bradbury TN. Attachment security and marital satisfaction: The role of positive perceptions and social support. Personality and Social Psychology Bulletin. 2001;27(9):1131-43.
4. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. PSYCHOLOGY: The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. The journal of sexual medicine. 2009;6(10):2690-7.
5. Joneidi E, Norani S, Mokhber N, Shakeri M. Comparison of marital satisfaction in fertile and infertile women referred to public centers in Mashhad city. Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility. 2009;12(1):7-16.
6. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. The British Journal of Psychiatry. 2004;184(5):416-21.
7. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. Journal of consulting and clinical psychology. 2000;68(4):615.
8. Kabat-Zinn J. University of Massachusetts Medical Center/Worcester. Stress Reduction Clinic. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta, New York. 1990.
9. Langer EJ, Ngnoumen CT. Mindfulness. Positive Psychology: Routledge; 2017. p. 95-111.
10. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. Journal of psychosomatic research. 2010;68(6):539-44.
11. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. Consciousness and cognition. 2010;19(2):597-605.
12. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010;10(1):83.
13. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. Journal of anxiety disorders. 2008;22(4):716-21.
14. Mohammadi A. Effectiveness of Mindfulness Training on improving sexual performance, Women's sexual satisfaction and body image Breast cancer. . Kerman Islamic Azad University of Kerman Branch.; 2012.
15. Rycroft-Malone J, Gradinger F, Griffiths HO, Anderson R, Crane RS, Gibson A, et al. 'Mind the gaps': the accessibility and implementation of an effective depression relapse prevention programme in UK NHS services: learning from mindfulness-based cognitive therapy through a mixed-methods study. BMJ open. 2019;9(9):e026244.
16. Vilarinho S. Management of sexual problems: the approach of mindfulness. Current opinion in psychiatry. 2017;30(6):402-8.
17. Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. Patients' experiences of a mindfulness intervention for adults with advanced cancer: a qualitative analysis. Supportive Care in Cancer. 2020:1-11.
18. Harrison SL, Lee A, Goldstein RS, Brooks D. Perspectives of healthcare professionals and patients on the application of mindfulness in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. Patient education and counseling. 2017;100(2):337-42.
19. Li G, Yuan H, Zhang W. The effects of mindfulness-based stress reduction for family caregivers: systematic review. Archives of psychiatric nursing. 2016;30(2):292-9.
20. Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. Journal of psychosomatic research. 2010;68(1):29-36.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]

21. Afra LG, Taghadosi M, Gilasi HR. Relationship between ischemic heart disease and sexual satisfaction. Global journal of health science. 2016;8(1):263.
22. Saminfar S, Vaziri Sh. The Association of Sexual Dysfunction and Sexual Satisfaction with the Mediating Effect ofSexual Self-efficacy among Married Women in Tehran. Salamat Ijtimai (Community Health). 2019;6(4):397-405.
23. Agha PH, M. J. Psychometric properties of Iranian version of female sexual function index. . Jundishapur Scientific Medical Journal. 2011;10(4):346-54.
24. Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. Pain Medicine. 2013;14(2):230-42.
25. Lee CE, Kim S, Kim S, Joo HM, Lee S. Effects of a mindfulness-based stress reduction program on the physical and psychological status and quality of life in patients with metastatic breast cancer. Holistic nursing practice. 2017;31(4):260-9.
26. Hölzel BK, Hoge EA, Greve DN, Gard T, Creswell JD, Brown KW, et al. Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. NeuroImage: Clinical. 2013;2:448-58.
27. Brotto LA, Krychman M, Jacobson P. Eastern approaches for enhancing women's sexuality: Mindfulness, acupuncture, and yoga (CME). The journal of sexual medicine. 2008;5(12):2741-8.
28. Mohammad Ali. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sexual Function Improvement in Women with Breast Cancer,. Eighth International Congress of Breast Cancer, ; Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2012.
29. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression And Anxiety: A Sixty Day Follow-Up. Advances in Cognitive Sciences. 2005;7(1):49-59.
30. Shiokhi Sughanloo, Reza Shahram Vaziri, Kashani FL. The Effectiveness of Sexual Awareness Training on Sexual Satisfaction of Married Women. Third National Conference on Modern Studies and Research in Iranian Educational and Psychological Sciences, ; Qom, Soroush Hekmat Islamic Studies and Research Center: Qom; 2018.
31. Leavitt CE, Lefkowitz ES, Waterman EA. The role of sexual mindfulness in sexual wellbeing, relational wellbeing, and self-esteem. Journal of sex & marital therapy. 2019;45(6):497-509.
32. Paterson LQ, Handy AB, Brotto LA. A pilot study of eight-session mindfulness-based cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. The Journal of Sex Research. 2017;54(7):850-61.
33. Pravasi A, Mohammadkhani S, Hassani J. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Marital Satisfaction of Women Encountered with Spouse Breakdown: A Single-Subject Study. Psychological Methods and Models (Marvdasht Azad University). 2017;1395(26).
34. Rahmani Azam, Sadeghi Narjes, Alla Gholi Leila, Sadat MKA. The relation of sexual satisfaction and demographic factors. Iran Journal of Nursing. 2010;23(66):14-22.
35. Nasim Bahrami, Niloufar Sattarzadeh, Fatemeh Ranjbar Kooksaraie, Ghojazadeh M. The relationship between sexual satisfaction and depression between fertile and infertile couples. Journal of Reproduction and Infertility. 2020;8(1):52-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.1.11.1]
[DOI: 10.52547/rbs.18.1.6]