

اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی\*  
 صفورا اسدی جاجایی<sup>۱</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۲</sup>، عذرا غفاری<sup>۳</sup>، محمد نریمانی<sup>۴</sup>

## Effectiveness cognitive therapy based on mindfulness on the sexual and familial function of sexless women

Safoura Asadi Jajaei<sup>1</sup>, Abbas Abolghasemi<sup>2</sup>, Azra Ghaffari<sup>3</sup>, Mohamad Narimani<sup>4</sup>

### چکیده

**زمینه:** بیماران مبتلا به اختلالات جنسی به ویژه زنان سردمزاج، اغلب دچار کاهش عملکرد جنسی و خانوادگی می شوند. نیاز است با بکارگیری درمان‌های روانشناختی مناسب مانند؛ درمان ذهن آگاهی عملکرد جنسی و خانوادگی را در افراد سردمزاج جنسی افزایش داد. **هدف:** پژوهش با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی انجام شد. **روش:** پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون / پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به سردمزاجی مرکز سلامت جنسی شهر اصفهان بود، که از بین آنها ۴۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های عملکرد خانواده مک‌مستر که توسط اپستین و همکاران (۱۹۸۳) طراحی شده و عملکرد جنسی روزن و همکاران (۲۰۰۰) پاسخ دادند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی ون سون و همکاران (۲۰۱۱) قرار گرفت. سپس، از دو گروه پس آزمون گرفته شد و داده‌های حاصل با آزمون کوواریانس تحلیل شدند. **یافته‌ها:** شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکردهای خانوادگی، کارکردهای جنسی و خرده مقیاس‌های آنها از نظر آماری معنادار بوده ( $p < 0/000$ ) و این درمان توانسته عملکرد خانوادگی و جنسی را افزایش دهد. **نتیجه‌گیری:** آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، به عنوان یک روش کارآمد برای زنان مبتلا به اختلالات جنسی؛ بر بهبود کارکردهای خانوادگی، کارکردهای جنسی و مؤلفه‌های آنان تأثیر دارد. **واژه کلیدی‌ها:** شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، کارکرد خانوادگی، کارکرد جنسی

**Background:** frigidity is one of the major problems in sexual women's disorders. Clinical experiences suggest that psychological therapies rather than medical treatments can be helpful in treating this disorder. **Aims:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on familial and sexual functions of women with frigidity in Isfahan. **Method:** The present study was a field experiment with pre-test - post-test plan. Forty women suffered from frigidity were selected through purposeful sampling and randomly assigned in two groups of experimental and control. The two groups responded to the questioners of McMaster family assessment device and Rosen et al female sexual function index at the beginning and end of the study. The experimental group received 8 sessions of Cognitive Therapy Based on Mindfulness intervention. **Results:** The results showed that the therapist based on family functions, functions and components of their components were effective at a significant level. **Conclusions:** The results of this study showed that: by using Cognitive Therapy Based on Mindfulness and generalizing it into the groups with other sexual disorders, people with a frigidity disorder in can be improved which acts as a preventative therapy to prevent the symptoms of this disorder in the rest of the community. **Key Words:** Cognitive therapy based on mindfulness, familial functions, sexual functions

Corresponding Author: abolghasemi1344@Guilan.ac.ir

\* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

<sup>۱</sup> Ph.D Student, Department OF Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Professor, Department OF Psychology, Guilan University, Rasht, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

<sup>۳</sup> Asistant Professor, Department OF Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

<sup>۴</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۴</sup> Professor, Department OF Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

## مقدمه

خانواده مجموعه منحصر به فرد اجتماعی می‌باشد که عضویت در آن براساس پیوندهای زیستی، قانونی، عاطفی، جغرافیایی و تاریخی شکل می‌گیرد. تشکیل خانواده، الگوهای مرادده‌ای گوناگونی را در گذر زمان به خدمت می‌گیرد. این الگوها ساخت خانواده را شکل می‌دهند و ضمن تعیین نقش اعضای خانواده، حیطه‌ی رفتاری هر یک از اعضا را مشخص و تبادل نظر میان آنها را تسهیل می‌کنند (آماتو و روجرز، ۲۰۱۳). از جمله عواملی که به بقای خانواده کمک شایانی می‌کند، سلامت جنسی و کارکرد مناسب آن در چارچوب خانواده می‌باشد. غریزه جنسی و ارضای صحیح آن یکی از اهداف و آثار تشکیل خانواده به شمار می‌رود و بدیهی است که تعادل و استفاده بهینه از آن در مسیر مطلوب و پذیرفته شده عقل و شرع، رمز سلامت و استحکام این میثاق مقدس خواهد بود (فروتن، ۱۳۹۵). از نظر کارکردی نیز اجتماعی شدن و آشنایی با قوانین، نقش‌ها، ارضای غرائز جنسی، تولید نسل، ایجاد آرامش و... از جمله کارکردهای مثبت خانواده می‌باشد (غلامی، ۱۳۹۵). برخی پژوهشگران ناکارآمدی جنسی را یک شکایت شایع بین زنان می‌دانند و تخمین زده می‌شود؛ بین ۴۰ تا ۴۵ درصد زنان از بعضی اختلالات جنسی رنج می‌برند. همچنین هیوین، ساتر و رینارت (۲۰۱۱)، آرنو، می‌لیسر، گرت، پولان، گلاور، هیل و بوچانان (۲۰۰۹) و ساترلند (۲۰۰۲) نشان دادند؛ بی‌میلی جنسی اغلب با سازش‌نیافته‌گی و نارضایتی زناشویی همراه است. امروزه به کمک درمان‌های جدید، امکان مدیریت بر رفتار، ذهن جسم و رسیدن به رضایت‌مندی و کارکردهای مناسب جنسی و خانوادگی وجود دارد. نجاتی، وقار، رفیعان و رامین آذر نصیرآبادی (۱۳۹۵) در تحقیقات خود اثربخشی خانواده درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی را بر مشکلات زناشویی در زوجین نشان دادند. همچنین یافته‌های شریعت، شریعت، عابدی و محد تمرین (۲۰۱۴)، حمیدی (۱۳۹۵)، آوتگیس (۲۰۱۳)، اسمیت و هوم (۲۰۱۵)، داس، تام، سویر، اتکینز و کریستنسن (۲۰۱۳) نشان داد؛ برنامه‌های آموزشی درمورد الگوهای ارتباطی زوجین منجر به افزایش عملکرد خانواده و زیر مقیاس‌های آن (ارتباط، آمیزش عاطفی، ایفای نقش، حل مشکل، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده) می‌گردد.

خانواده هسته اصلی همه نهادهای جامعه بوده و از کنار هم قرار گرفتن خانواده‌های موجود، جامعه پدید می‌آید. سایر نهادها در

جامعه در امتداد خانواده قرار دارند (جاویدی، ۱۳۹۲). جامعه‌ی سالم از خانواده‌های سالم برخوردار است. تحقق خانواده سالم، مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و وجود روابط مطلوب با یکدیگر و عملکرد مؤثر خانواده می‌باشد. عملکرد مؤثر خانواده منجر به رفع نیازهای اجتماعی و فردی خانواده شده و باعث رشد و تکامل شخصیتی افراد، شکل‌گیری اعتماد به خود و اجتماعی شدن اعضای خانواده می‌گردد (الیور و میلر، ۲۰۱۴). رینیش و بیسلی (۲۰۱۰) بیشتر مشکلات جنسی زنان را ناشی از بی‌میلی جنسی یا میل جنسی بازداری شده می‌دانند، که آن را «سردمزاجی» می‌نامند. مطالعات شیفرن، مونز، روس، اسگریتی و جوهانز (۲۰۰۸) نشان داد؛ مشکلات جنسی بسیار شایع بوده و بطور بالقوه بر تمام مؤلفه‌های عملکرد خانوادگی تأثیر می‌گذارد.

وستیمر و لوپاتر (۲۰۱۳) طی پژوهشی بیان کردند؛ ۲۱ درصد از مراجعه‌کنندگان به پزشک متخصص زنان و زایمان به سردمزاجی مبتلا هستند و این اختلال دومین نابهنجاری شایع در زنان می‌باشد. مطالعات فارل، شاو و وبر (۲۰۱۰) حاکی از این است که؛ حدود ۵۰ درصد از درمان‌جویان مراکز سلامت جنسی، بی‌میلی جنسی را گزارش می‌کنند. وجود سردمزاجی در زنان عوارض فردی، زناشویی و خانوادگی را در پی دارد. اسدی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان داد؛ عملکرد جنسی افراد؛ در کارکرد خانواده، سلامت و گسترش برنامه‌های آموزشی جنسی تأثیرگذار می‌باشد. عملکرد نامطلوب جنسی زنان یک مشکل رایج بوده و تأثیرات زیان‌بخشی بر زندگی زوجین دارد (بک، استر و گاربین، ۲۰۱۱). وجود این مشکلات باعث افت بیشتر کیفیت زندگی (برونر، ایبران، گلوم و کرسین، ۲۰۱۰) و عدم رضایت از رابطه جنسی و اختلال در عملکرد جنسی می‌گردد (پلاتر و کلی، ۲۰۱۲). به طور کلی پژوهش‌ها نشان می‌دهند؛ بی‌میلی جنسی علت اصلی سایر اختلالات جنسی بوده و حداقل نیمی از مشکلات جنسی به وسیله این اختلال ایجاد می‌شود. این اختلال موجب آشفتگی فرد شده و بر جنبه‌های تعاملی و ارتباطی در خانواده تأثیرگذار می‌باشد. کارکرد مطلوب خانواده نیز، تأثیر مستقیمی بر نیازها، اهداف، رضایت‌مندی از زندگی و روابط عاطفی خانواده دارد (میلر، ریان، کیتتر، بیشاب و اپستین، ۲۰۱۳) و بر عواملی چون ساختار، نقش، ارتباطات، ادراک و پویایی شخصیت همسران تأثیرگذار می‌باشد (والش، ۲۰۱۳).

اثربخشی آموزش الگوهای ارتباطی زوجین را بر بهبود عملکردهای خانواده نشان می‌دهند (شریعت و همکاران، ۲۰۱۴).

از آنجایی که هدف درمان‌های مبتنی بر خانواده و به ویژه زنان، تشخیص زمینه‌های تعارض‌آمیز، کاهش تعاملات منفی و افزایش و بهبود ارتباطات بین فردی است و همچنین کارکردهای جنسی و خانوادگی جنبه‌های متفاوتی از زندگی فردی هر شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهند، توجه به خانواده و عوامل تأثیرگذار در استحکام و تحکیم آن ضروری بنظر می‌رسد. از اینرو در این مقاله به تبیین جایگاه کارکردهای جنسی و عملکرد خانوادگی در خانواده‌ها پرداخته می‌شود و از آنجایی که پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی خانواده درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد خانواده وجود ندارد، پژوهش پیشرو به دنبال تعیین اثربخشی آموزش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی است. در راستای این هدف فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت؛

### فرضیه‌های پژوهش

۱. شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های کارکردهای خانوادگی زنان مبتلا به سردمزاجی شهر اصفهان تأثیر معنادار دارد.
۲. شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های کارکردهای جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی شهر اصفهان تأثیر معنادار دارد.

### روش

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی در شهر اصفهان پرداخت. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون / پس‌آزمون با گروه گواه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-24 در دو سطح آمار توصیفی (محاسبه مقادیر میانگین، انحراف استاندارد و...) و آمار استنباطی آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد.

جامعه‌ی آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سردمزاجی مراجعه‌کننده به مرکز سلامت جنسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. تعداد ۵۰ نفر از زنان مبتلا به سردمزاجی به صورت هدفمند پس از غربالگری با پرسشنامه عملکرد جنسی روزن، براون، هیمن، لیلوم، مستون، شابسای، فرگوسن و آگوستینو (۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی کاپلان (۲۰۱۶)، انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. با توجه به عدم همکاری و امکان گردآوری زنان

تحقیقات متعدد بر روی مدل کارکرد خانواده نشان داد؛ داشتن یک فرد با اختلال روانی یا جنسی در خانواده، یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای وجود کارکرد خانوادگی ضعیف یا روابط خانوادگی آسیب‌دیده می‌باشد (تمپلین، گودیر و هربرت، ۲۰۰۵). کارکرد مطلوب خانواده با ویژگی‌های فردی زوجین مانند؛ ارتباط مؤثر، شباهت بازخوردها، شخصیت و خلق‌وخوی همسر و اعتماد به خود بالا همبسته می‌باشد (اورتینکال و ونیستوگن، ۲۰۱۶). خانواده‌هایی که عملکرد خوبی دارند؛ ثبات شخصیت، ایمنی و حمایت عاطفی برای اعضای خود فراهم می‌کنند و عملکرد خانوادگی بازتاب انعطاف‌پذیری، الگوهای ارتباطی و جهت‌گیری‌های فرهنگی در خانواده می‌باشد (جاویدی، ۱۳۹۲).

در حقیقت خانواده مهمترین و بیشترین نقش را در تکوین شخصیت اعضای خود دارد و برای حفظ و ارتقاء سلامت جنسی و کارکرد خانوادگی باید کارکردهایی مانند؛ ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌گویی و درگیری عاطفی و مهار رفتاری افراد در خانواده را بهبود بخشید (قلی‌زاده، ۱۳۸۹).

از جمله روش‌های درمانی جدید که در آن از شیوه‌های رفتار درمانگری شناختی، سنتی و راهبردهای روانشناختی نظیر؛ توجه، آگاهی، مراقبه و توجه آگاهانه استفاده شده است، می‌توان به شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. تمرین ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند، به فرآیندهای شناختی به هنگام وقوع، توجه عمیق نمایند. این درمان برای طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی مؤثر بوده است. شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر چهار پایه تأمل در مورد بدن، تأمل در مورد احساسات، تأمل در مورد ذهن و تأمل در مورد موضوعات روانی استوار است (فیضی، ۲۰۱۳). در یک رابطه ذهن آگاهانه، عقاید و بازخوردهای موجود در یک فرد تأثیرات پایداری بر زوجین برای حل مشکلات و افزایش کیفیت روابط جنسی و کاهش سردمزاجی دارد (بورپی و لانگر، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها اثربخشی خانواده درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی را بر سردمزاجی زنان در آستانه طلاق نشان داده است (نبوی حصار و احمدی، ۱۳۹۱). همچنین ملیانی، الهیاری، آزاد فلاح، فتحی آشتیانی و طاوولی (۱۳۹۳) نشان دادند؛ درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در مقایسه با درمان شناختی / رفتاری، راهبردی کارآمدتر در کاهش واکنش‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از خود را در بردارد. برخی پژوهش‌ها نیز

در شش حوزه (میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت مندی و درد جنسی) می‌سنجد. براساس مقیاس شش درجه‌ای (از ۱=تقریباً هیچ، ۲=برخی اوقات، ۳=بیشتر اوقات، ۴=تقریباً همیشه) نمره گذاری شده است. در ایران نیز در پژوهش محمدی، حیدری و فقیه‌زاده (۱۳۸۷) نقطه برش برای زیرمقیاس‌ها به دست آمد. با جمع نمرات شش حوزه (جمع درجه‌ها و تقسیم آن‌ها بر تعداد گویه‌های آن) با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید و نمره بیشتر نشان‌دهنده کارکرد بهتر جنسی است. نقطه برش برای کل مقیاس‌ها به ترتیب: میل ۳/۳، تحریک روانی ۴/۳، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۴/۳، رضایت مندی ۸/۳، درد جنسی ۳/۸ بود. به عبارت دیگر نمرات بیشتر از نقطه برش مبین عملکرد خوب است و درجه بالای از همسانی درونی و پایایی را نشان داده است. با توجه به امتیازات بالا و به دلیل کوتاه بودن پرسشنامه به نظر می‌رسد شاخص عملکرد جنسی زنان ابزاری مناسب برای سنجش عملکرد جنسی باشد. همچنین شاخص مقیاس عملکرد جنسی را زاده محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) هنجاریابی کردند. براساس این مطالعه ضریب پایایی کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و شش مؤلفه آن ۰/۷۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۷۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ گزارش شده است (ساتن، ۲۰۱۰).

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه‌های پژوهش از مرکز سلامت جنسی اصفهان و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، افراد در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفته و پیش‌آزمون درمورد هر دو گروه اجرا شد. سپس برنامه آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه دو ساعته با توجه به هدف بهبود اختلال سردمزاجی، در این پژوهش آموزش داده شد. برای آموزش در پژوهش حاضر از پروتکل شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی که توسط ون‌سون، نیک‌لایک، پوپ و پوور (۲۰۱۱) طراحی شده؛ استفاده و معتبر گزارش شد. در پژوهشی که در ایران توسط قاسمی‌جوینه (۱۳۹۴) انجام شد، این پروتکل به فارسی ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت. شرح مختصری از اهداف جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

سردمزاج در جلسه درمان و با در نظر گرفتن ملاک‌های گزینش از جمله؛ داشتن دامنه سنی ۲۰-۶۰ سال، متأهل بودن، سطح تحصیلات دیپلم به بالا، عدم وجود بیماری‌های مزمن (قلبی / عروقی، دیابت و...)، نداشتن وابستگی به داروهای روان‌پزشکی و پزشکی؛ در نهایت ۴۰ نفر باقی‌ماندند. یک گروه ۲۰ نفره به عنوان گروه گواه (درمانی دریافت نکردند) و یک گروه ۲۰ نفره به عنوان گروه آزمایش تحت آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. ابتدا داده‌های پیش‌آزمون از هر دو گروه جمع‌آوری، سپس گروه آزمایش در طول ۸ جلسه دو ساعته در هفته تحت آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت (جدول ۱). بعد از اتمام مداخله برای گروه آزمایش، داده‌های پس‌آزمون از هر دو گروه جمع‌آوری شد.

### ابزار

پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده؛ این پرسشنامه براساس الگوی مک‌مستر، توسط اپستین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) طراحی شده که دارای ۵۳ ماده و هفت خرده مقیاس است. پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده براساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (از ۱=کاملاً مخالفم، ۲=مخالفم، ۳=موافقم، ۴=کاملاً موافقم) نمره گذاری شده و هر کدام از سؤالات که عملکرد نامطلوب خانواده را نشان دهد به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. اپستین و همکاران (۱۹۸۳) ضریب همبستگی درونی از طریق آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین همبستگی تمامی خرده مقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌های عاطفی، درگیری‌های عاطفی، مهار رفتار و عملکرد کلی با یکدیگر بین ۰/۳۷ تا ۰/۷۶ بدست آمده است. نمره بالاتر در هر مقیاس به معنی عملکرد ضعیف‌تر است. قابلیت اعتماد آزمون باز آزمون پرسشنامه در مورد همه مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۶ گزارش شد. این پرسشنامه در ایران توسط زاده محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) هنجاریابی شده و درستی آن قابل قبول و همبستگی کلی در دو مرحله ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ مرتبط با همه سؤالات ۰/۹۴ گزارش گردید. در پژوهش نجاریان (۱۳۷۴) مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ بیان شد.

پرسشنامه عملکرد جنسی؛ این مقیاس را روزن و همکاران (۲۰۰۰) طراحی کردند و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی شده است و در خارج از کشور در مطالعات فراوان مورد استفاده قرار گرفته است. این آزمون با ۱۹ پرسش، عملکرد جنسی را

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات پروتکل شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی

گام‌ها	مداخله
معرفی شرکت کنندگان تمرین واریسی بدن، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس. تمرین حرکات آگاهانه بدن. مراقبه نشسته، آموزش واکنش‌های جایگزین تمرین سری دوم حرکات آگاهانه بدن.	ارائه توضیحاتی در مورد سردمزاجی و تأثیر آن بر عملکردهای خانواده و جنسی افراد. دعوت از شرکت کنندگان در ارتباط با صحبت درباره تجربه‌هایشان از تمرینات ذهن آگاهی، بررسی موانع، بحث در ارتباط برخی ویژگی‌های ذهن آگاهی هم چون غیرقضاوتی بودن و یا رها کردن، تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس. تمرین کوتاه دیدن و یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین حرکات آگاهانه بدن. مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار (به اصطلاح مراقبه نشسته با چهار مؤلفه اصلی) بحث درباره استرس و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و واکنش‌های جایگزین، راه رفتن آگاهانه. تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره اذعان و پذیرش واقعیت و موقعیت حاضر همان طور که هست، تمرین سری دوم حرکات آگاهانه بدن.
بحث درباره افکار تمرین مراقبه نشسته و آگاهی باز (به هر چیزی که لحظه به لحظه وارد هشیاری می‌شود)، بحث درباره بهترین راه برای مراقبت از خود چيست؟ تمرین بررسی فعالیت‌های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند و یادگیری برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند، تمرین مراقبه عشق و مهربانی.	فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث درباره افکار ما، که اغلب محتوای واقعی نیست. تمرین مراقبه نشسته و آگاهی باز (به هر چیزی که لحظه به لحظه وارد هشیاری می‌شود)، بحث درباره بهترین راه برای مراقبت از خود چيست؟ تمرین بررسی فعالیت‌های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند و یادگیری برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند، تمرین مراقبه عشق و مهربانی.
ارزیابی آموزش	تمرین واریسی بدنی، بحث از آنچه تاکنون آموخته‌اید و استفاده کردن از آن، ارزیابی آموزش.

## یافته‌ها

در این پژوهش اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های توصیفی حاصل از نمرات هر مقیاس که از جمع درجه‌ها و تقسیم آنها بر تعداد گویه‌های بدست آمده، محاسبه گردید و در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۲ مقدار میانگین گروه آزمایش نمرات کارکرد جنسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب  $(3/05 \pm 26/87)$  و  $(9/48 \pm 66/48)$  است. همچنین میانگین نمرات کارکرد خانوادگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب  $(1/59 \pm 25/72)$  و  $(2/20 \pm 17/13)$  گزارش شده است، که شهوداً حاکی از وجود تغییرات در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون است.

با توجه به جدول ۳ سطوح معناداری آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون بیشتر از مقدار سطح معناداری  $\alpha=0/05$  است. در نتیجه فرض نرمالیتی و همگنی واریانس نمرات متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود.

با توجه به جدول ۴ سطح معناداری آزمون باکس-ام بیشتر از مقدار سطح معناداری  $\alpha=0/05$  است. در نتیجه شرط همگنی ماتریس واریانس‌ها رعایت شده است.

نتایج فرضیه اول: با توجه به جدول ۵ مقدار سطوح معناداری برای تمامی مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی در گروه کمتر از مقدار سطح معناداری  $\alpha=0/05$  است، در نتیجه نوع درمان بر این متغیرها تأثیر معناداری دارد. یعنی بین مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی در بین گروه

گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد و توان آماری برای متغیرها نشان می‌دهد؛ حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است. از آنجایی که ضریب اتا، میزان تأثیر متغیر نوع درمان بر متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد، از اینرو؛ میزان تأثیر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمرات پس‌آزمون عملکرد کلی  $(0/921)$  بیشتر و بر نمرات پس‌آزمون پاسخ‌های عاطفی  $(0/610)$  کمتر است، بنابراین ۹۲٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون عملکرد کلی و ۶۱٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون پاسخ‌های عاطفی در گروه آزمایش؛ ناشی از تأثیر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است. به این ترتیب در پاسخ به این فرضیه باید گفت؛ با ۹۵٪ اطمینان شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی زنان مبتلا به سردمزاجی مؤثر بوده است.

نتایج فرضیه دوم: با توجه به جدول ۶ مقدار سطوح معناداری برای تمامی مؤلفه‌های کارکرد جنسی در گروه کمتر از مقدار سطح معناداری  $\alpha=0/05$  است، در نتیجه نوع درمان بر این متغیرها تأثیر معناداری دارد. یعنی بین مؤلفه‌های کارکرد جنسی در بین گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد و توان آماری برای متغیرها نشان می‌دهد؛ حجم نمونه برای بررسی این فرضیه کافی بوده است. از آنجایی که ضریب اتا، میزان تأثیر متغیر نوع درمان بر متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد، از اینرو؛ میزان تأثیر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمرات پس‌آزمون تحریک روانی  $(0/672)$

است. به این ترتیب در پاسخ به این فرضیه باید گفت؛ با ۹۵٪ اطمینان شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های کارکرد جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی مؤثر بوده است.

بیشتر و بر نمرات پس‌آزمون رضایت‌مندی (۰/۲۹۱) کمتر است. از اینرو ۶۷٪ تغییرات ایجادشده در نمرات پس‌آزمون تحریک روانی و ۲۹٪ تغییرات ایجادشده در نمرات پس‌آزمون رضایت‌مندی در گروه آزمایش؛ ناشی از تأثیر شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده

جدول ۲. نتایج مقادیر میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌های کارکرد جنسی	گروه‌ها	میانگین		انحراف استاندارد		حداقل		حداکثر
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
میل	گواه	۳/۷۳۰	۵/۴۴۹	۰/۶۶۱	۱/۳۹۴	۲/۸۵	۲/۹۹	۵
	آزمایش	۴/۰۳۷	۷/۸۳۷	۰/۵۴۹	۱/۱۷۱	۳	۶	۱۱
تحریک روانی	گواه	۴/۴۴۶	۷/۰۶۱	۰/۶۴۰	۱/۶۲۸	۳	۳/۴۰	۵/۰۴
	آزمایش	۵/۷۱۲	۱۲/۷۶۵	۰/۴۱۹	۱/۰۵۷	۵	۱۱	۶/۳۰
رطوبت	گواه	۲/۹۵۳	۸/۵۰۷	۰/۴۴۶	۱/۰۴۶	۲/۲۶	۶/۳۳	۴/۳۶
	آزمایش	۳/۳۵۵	۱۱/۲۸۸	۰/۲۱۳	۱/۰۳۳	۳	۹/۵۶	۳/۶۵
ارگاسم	گواه	۳/۳۴۴	۶/۱۶۳	۰/۵۰۲	۰/۸۱۴	۲/۴۵	۴/۳۶	۴/۳۸
	آزمایش	۳/۵۶۱	۸/۸۷۳	۰/۴۵۷	۰/۵۶۹	۲/۷۰	۷/۹۸	۴/۲۰
رضایت‌مندی	گواه	۳/۸۵۲	۵/۹۹۰	۰/۶۴۴	۰/۸۲۳	۲/۶۷	۴/۷۲	۵/۱۸
	آزمایش	۴/۱۴۵	۷/۴۲۲	۰/۵۹۱	۰/۵۸۳	۳	۶/۵۳	۵
درد جنسی	گواه	۳/۲۳۴	۶/۴۷۴	۰/۴۵۹	۰/۶۹۱	۲/۳۹	۴/۶۶	۴/۱۸
	آزمایش	۳/۳۸۴	۸/۴۷۱	۰/۳۹۸	۰/۶۰۸	۲/۶۳	۷/۴۴	۳/۸۶
مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	حداکثر
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
حل مسئله	گواه	۳/۳۰۰	۳/۴۹۰	۰/۳۲۷	۰/۳۰۰	۲/۸۳	۳	۴/۱۷
	آزمایش	۴/۰۶۶	۲/۵۳۰	۰/۵۹۰	۰/۲۹۲	۳	۲	۵
ارتباط	گواه	۳/۲۲۵	۳/۴۱۶	۰/۴۸۴	۰/۲۶۷	۲/۵۰	۲/۸۳	۴
	آزمایش	۳/۵۳۳	۲/۴۰۰	۰/۷۰۴	۰/۲۶۱	۲/۶۷	۱/۸۳	۴/۵۰
نقش‌ها	گواه	۳/۲۵۶	۳/۵۰۵	۰/۳۸۷	۰/۱۹۵	۲/۲۵	۳/۲۲	۴/۲۵
	آزمایش	۳/۳۸۱	۲/۴۵۰	۰/۵۷۹	۰/۱۲۷	۲/۲۵	۲/۳۳	۴/۲۵
پاسخ‌های عاطفی	گواه	۴/۲۹۰	۳/۴۲۰	۰/۵۹۲	۰/۴۰۴	۳	۲	۵
	آزمایش	۴/۰۷۰	۲/۴۱۰	۰/۷۲۶	۰/۲۳۸	۲/۶۰	۱/۸۰	۵
درگیری‌های عاطفی	گواه	۴/۱۶۴	۳/۴۵۷	۰/۴۵۴	۰/۱۹۴	۳/۱۴	۳	۵
	آزمایش	۳/۹۶۴	۲/۴۴۲	۰/۴۱۴	۰/۱۳۰	۳/۲۹	۲/۱۴	۴/۸۶
مهار رفتار	گواه	۴/۳۵۷	۳/۵۲۱	۰/۳۸۰	۰/۱۶۲	۳/۷۱	۳/۲۹	۴/۸۶
	آزمایش	۴/۱۷۱	۲/۴۵۷	۰/۴۰۳	۰/۱۳۵	۳/۴۳	۲/۱۴	۴/۷۱
عملکرد کلی	گواه	۴/۲۲۳	۳/۴۹۲	۰/۵۰۰	۰/۱۱۸	۲/۸۵	۳/۳۱	۵
	آزمایش	۴/۱۴۲	۲/۳۶۱	۰/۴۹۸	۰/۱۴۱	۲/۸۵	۲/۰۸	۴/۷۷
کارکرد جنسی	گواه	۲۱/۶۳۵	۴۰/۳۰۹	۲/۵۸۲	۷/۱۴۸	۱۶/۴۴	۲۹/۳۵	۲۶/۴۴
	آزمایش	۲۶/۸۷۹	۶۶/۴۸۴	۳/۰۵۱	۹/۸۹۴	۱۸/۳۸	۴۰/۱۳	۲۹/۹۷
کارکرد خانوادگی	گواه	۲۷/۲۶۹	۲۴/۲۱۳	۱/۶۷۵	۲/۴۱۲	۲۴/۱۲	۱۵/۹۸	۲۹/۹۱
	آزمایش	۲۵/۷۲۴	۱۷/۱۳۸	۱/۵۹۱	۲/۲۰۸	۲۳/۶۹	۱۵/۹۰	۲۸/۵۹

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی نرمالیتی و آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش									
متغیرها	گروه‌ها	آماره		سطح معناداری		آماره آزمون		سطح معناداری	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
کارکرد جنسی	گواه	۰/۹۶۰	۰/۹۳۸	۰/۵۴۵	۰/۲۲۴	۰/۱۷	۰/۱۶۸	۰/۸۹۷	۰/۶۸۴
		۰/۹۵۷	۰/۹۶۰	۰/۴۷۹	۰/۵۴۹				
کارکرد خانوادگی	گواه	۰/۷۷۸	۰/۹۱۴	۰/۰۵۱	۰/۰۷۶	۰/۵۵۰	۰/۳۳۲	۰/۴۶۳	۰/۵۶۸
		۰/۹۸۶	۰/۹۵۹	۰/۰۶۵	۰/۵۲۳				

جدول ۴. نتایج آزمون باکس ام نمرات مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی			
متغیرها	آماره آزمون	آماره آزمون	سطح معناداری
کارکرد جنسی	۶۲/۹۰۰	۳/۶۶۶	۰/۰۶۱
کارکرد خانوادگی	۳۹/۳۹۳	۱/۱۲۶	۰/۲۹۵

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی حاصل از آزمون مانکوا مربوط به نمرات مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی						
گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری	ضریب اتا
حل مسئله	۵/۱۸۹	۱	۵/۱۸۹	۶۱/۰۳۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۳
ارتباط	۵/۴۱۰	۱	۵/۴۱۰	۷۷/۸۳۰	۰/۰۰۰	۰/۷۱۵
نقش‌ها	۵/۷۸۵	۱	۵/۷۸۵	۱۹۹/۹۳۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶۶
پاسخ‌های عاطفی	۴/۲۶۳	۱	۴/۲۶۳	۴۸/۴۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۱۰
درگیری‌های عاطفی	۴/۹۷۶	۱	۴/۹۷۶	۱۸۹/۲۹۹	۰/۰۰۰	۰/۸۵۹
مهار رفتار	۵/۴۱۷	۱	۵/۴۱۷	۲۳۳/۰۰۶	۰/۰۰۰	۰/۸۸۳
عملکرد کلی	۶/۰۳۱	۱	۶/۰۳۱	۳۶۱/۹۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱

جدول ۶. نتایج اثرات بین آزمودنی حاصل از آزمون مانکوا مربوط به نمرات مؤلفه‌های کارکرد جنسی						
گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری	ضریب اتا
میل	۷/۵۴۱	۱	۷/۵۴۱	۱۴/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
تحریک روانی	۲۰/۲۳۹	۱	۲۰/۲۳۹	۶۵/۶۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۷۲
رطوبت	۱۶/۶۱۲	۱	۱۶/۶۱۲	۱۵/۷۷۳	۰/۰۰۰	۰/۳۳۰
ارگاسم	۷/۰۵۸	۱	۷/۰۵۸	۵۱/۳۱۹	۰/۰۰۰	۰/۶۱۶
رضایت‌مندی	۵/۵۴۶	۱	۵/۵۴۶	۱۳/۱۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹۱
دردجنسی	۳/۸۶۳	۱	۳/۸۶۳	۱۳/۶۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۰

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی در شهر اصفهان بود. نتایج پژوهش حاضر بر روی ۴۰ نفر از زنان مبتلا به سردمزاجی در شهر اصفهان، نشان داد؛ بین مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی در بین گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. حداکثر و حداقل تغییرات ایجادشده به ترتیب در نمرات پس آزمون عملکرد کلی و پاسخ‌های عاطفی؛ ناشی از تأثیر شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بوده‌است. همچنین بین مؤلفه‌های

کارکرد جنسی در بین گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. حداکثر و حداقل تغییرات ایجادشده در نمرات پس آزمون، تحریک روانی و رضایت‌مندی در گروه آزمایش؛ ناشی از تأثیر شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی است.

در تبیین نتایج حاصل از فرضیات می‌توان گفت؛ تأثیر شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی و کارکرد جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی قابل ملاحظه بوده و این با نتایج شریعت و همکاران (۲۰۱۴)، حمیدی (۱۳۹۵)، جاویدی (۱۳۹۲)، اسمیت و هوم (۲۰۱۵)، آوتگیس (۲۰۱۳)، داس و

مداخله و شاهد از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و مرحله درمان بود که به دلیل کوچک بودن حجم نمونه میسر نبود. پیشنهاد می‌شود؛ تحقیقات بعدی تمرکز بیشتری بر نقش خانواده بیماران و همسران آنها در طی دوره درمان و ارائه آموزش‌هایی در جهت کمک به بهبود شرایط روانی فرد داشته باشند.

### منابع

- اسدی، لیلا (۱۳۹۵). بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر مدل *PLISSIT* بر عملکرد جنسی زنان متأهل *HIV* مثبت. پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده پرستاری و مامایی.
- اکبری نیا، معصومه؛ منشی، غلامرضا و یوسفیان، سعید (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی کودک محور بر افسردگی و اضطراب پس از دارودرمانی کودکان سرطانی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸ (۷۶)، ۴۳۹-۴۳۱.
- جاویدی، نصیرالدین (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود عملکرد خانواده. مجله علوم رفتاری، ۲ (۷)، ۱۸۸-۱۸۱.
- حمیدی، فریده (۱۳۹۵). بررسی رابطه سبک دلبستگی با رضایت‌مندی زناشویی در دانشجویان متأهل دبیری. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۳ (۵)، ۴۴۴-۴۵۳.
- زاده‌محمدی، علی و ملک‌خسروی، غفار (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده (*FAD*). مجله خانواده‌پژوهی، ۲ (۵)، ۸۹-۶۹.
- شریعت، ارغوان؛ شریعت، اردلان؛ عابدی، احمد؛ و محدتمرین، شمسول بهری (۲۰۱۴). فعالیت بدنی به عنوان یک نسخه برای کودکان مبتلا به فلج مغزی. مجله پزشکی روسی باز، ۳ (۱)، ۸-۱.
- غلامی، یوسف (۱۳۹۵). اخلاق و رفتارهای جنسی. تهران: نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها، دفتر نشر معارف، ۷ (۴)، ۱۱۳-۱۰۲.
- فروتن، سیدکاظم (۱۳۹۵). بررسی نقش سلامت جنسی در خانواده‌های ایرانی. مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت، ۷ (۲)، ۲۹-۱۷.
- فیضی، علی (۲۰۱۳). آشنایی با شناخت درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی. سایت مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره زندگی.
- قاسمی‌جویونه، رضا (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر معتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه خوارزمی تهران.

همکاران (۲۰۱۳) تا حدودی همسو می‌باشد. همچنین پژوهشگران نشان داده‌اند که بسته آموزشی ذهن‌آگاهی بر متغیرهای مختلفی تأثیرگذار بوده و دارای کارآیی بالینی بر زنان دارای اختلال‌های روانشناختی و جنسی به ویژه سردمزاجی است.

به طور کلی؛ تحقیق حاضر شواهدی مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های کارکردهای خانوادگی و جنسی در زنان مبتلا به سردمزاجی ارائه می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند؛ کارکرد مطلوب یک سیستم پویا برای سازگاری و غلبه بر مشکلات و استفاده مطلوب از ابعاد کارکردی خانواده، مانند؛ حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، تعلق عاطفی و بعد رفتاری با افزایش کیفیت زندگی ارتباط دارد. در نتیجه کارکرد مطلوب؛ به فضای روانی خانواده کمک می‌نماید که در آن اعضاء احساس حمایت اجتماعی کرده و نقش مثبت خود را در آن پیدا و نشان دهند. درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش خودپنداشت بیماران مبتلا به درد مزمن نیز تأثیر دارد (محلوجی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۸).

می‌توان گفت که از دلایل اثربخشی روش ذهن‌آگاهی در مورد زنان سردمزاج، آن است که آموزش روش ذهن‌آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و رفتار این افراد می‌شود. بدین ترتیب که زنان سردمزاج برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کنند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله سردمزاجی زنان شده و آنان در آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهند و به رفع نواقص و اشکالات خود در جلسات درمانی می‌پردازند. همچنین نتایج نشان می‌دهند؛ ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش سطح کورتیزول خون شود. و این تأثیرات فیزیولوژیک، موجب افزایش پذیرش در فرد شده و از احتمال ابتلای آنان به اختلالات روانشناختی می‌کاهد. برخی شواهد دیگر نشان‌دهنده آن است که؛ ذهن‌آگاهی پردازش‌های حسی، شناختی و هیجانی، فرآیندهای روانشناختی افراد را در جهت مثبت تحت تأثیر قرار داده (اکبری نیا، منشی و یوسفیان، ۱۳۹۸) و با ایجاد تغییر در مؤلفه‌های روانشناختی زنان سردمزاج، تأثیرات معناداری در بهبود کارکردهای خانوادگی آنان داشته است.

محدودیت‌هایی در تحقیق حاضر وجود دارد که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با مشکل مواجه سازد. مطالعه حاضر بر روی زنان مبتلا به سردمزاجی انجام شد که مانع از تعمیم یافته‌ها به سایر زنان می‌شود. محدودیت دیگر، عدم امکان همسان‌سازی گروه‌های



- Bronner, G., Elran, E., Golomb, J., & Korczyn, A. D. (2010). Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurologica Scandinavica*, 121(5), 289-301.
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), 43-51.
- Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2013). Improving relationships: mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 624.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2010). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Hubin, A., De Sutter, P., & Reynaert, C. (2011). Etiological factors in female hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 20(3), 149-157.
- Kaplan, B. J. (2016). Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(1), 78-79.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2013). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168-189.
- Oliver, G. J., & Miller, S. (2014). Couple communication. *Journal of Psychology and Christianity*.
- Orathinkal, J., & Vansteenwegen, A. (2016). Religiosity and marital satisfaction. *Contemporary family therapy*, 28(4), 497-504.
- Platter, A. J., & Kelley, M. L. (2012). Effectiveness of an educational and support program for family members of a substance abuser. *The American Journal of Family Therapy*, 40(3), 208-213.
- Reinisch, J. M., & Beasley, R. (2010). *The Kinsey Institute new report on sex*. Macmillan.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970-978.
- Smith, B. L., & Home, S. G. (2015). What's faith got to do with it? The role of spirituality and religion in lesbian and bisexual women's sexual satisfaction. *Women & Therapy*, 31(1), 73-87.
- Sutherland, O. A. (2002). *Phenomenological Analysis of frequent and disruptive sexual discomfort in*
- قلی زاده، حسین (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای خانوادگی بیماران وسواسی - اجباری با افراد سالم. *مجله پزشکی ارومیه*، ۴(۲۱)، ۳۶۰-۳۵۴.
- محلوجی، آناهیتا؛ لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداشت و خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۶)، ۴۵۷-۴۵۱.
- محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه؛ و فقیه زاده، سقراط (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس Female Sexual Function Index-FSFI به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان. *فصلنامه پایش*، ۷(۲)، ۲۷۸-۲۶۹.
- ملیانی، مهدیه؛ الهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ و طاولی، آزاده (۱۳۹۳). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری در واکنش پذیری شناختی و رضایت مندی از خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده. *مجله روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس*، ۴(۷۲)، ۴۰۷-۳۹۳.
- نبوی حصار، جمیله و احمدی، خدابخش (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر ذهن بر سردمزاجی زنان در آستانه طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۲(۷)، ۲۳۹-۲۲۵.
- نجاتی چرانی، فرشته؛ وقار، رومینا؛ رفیعیان، پرینسا؛ و رامین آذر نصیر آبادی، رامین (۱۳۹۵). اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات زناشویی در زوجین. چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.
- نجاریان، فرزانه (۱۳۷۴). بررسی ویژگی های روانشناختی مقیاس سنجش خانواده (FAD). پایان نامه کارشناسی ارشد، مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- Amato, P. R., & Rogers, S. J. (2013). A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 612-624.
- Arnou, B. A., Millheiser, L., Garrett, A., Polan, M. L., Glover, G. H., Hill, K. R., ... & Buchanan, T. (2009). Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience*, 158(2), 484-502.
- Avtgis, T. A. (2013). The relationship between unwillingness to communicate and family communication patterns. *Communication Research Reports*, 16(4), 333-338.
- Beck, T., Steer, A., & Garbin, G. (2011). Analysis of psychometric properties of Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychometric Research*, 79, 250-285.

- married women* (Doctoral dissertation, TRINITY WESTERN UNIVERSITY).
- Sutton, A. L. (2010). *Complementary and Alternative Medicine Sourcebook [recurso Electrónico]: Basic Consumer Health Information about Ayurveda, Acupuncture, Aromatherapy, Chiropractic Care, Diet-based Therapies, Guided Imagery, Herbal and Vitamin Supplements, Homeopathy, Hypnosis, Massage, Meditation, Naturopathy, Pilates, Reflexology, Reiki, Shiatsu, Tai Chi, Traditional Chinese Medicine, Yoga, and Other Complementary and Alternative Medical Therapies; Along with Statistics, Tips for Selecting a Practitioner, Treatments ....* Omnigraphics.
- Tamplin, A., Goodyer, I. M., & Herbert, J. (2005). Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 48*(1), 1-13.
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 11*(1), 131.
- Walsh, F. (2013). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process, 42*(1), 1-18.
- Whestheimer, R., & Lopater, S. (2013). *Human Sexuality: A psychology perspective.*