Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article
Volume 11, Issue 2, Summer 2022

Investigating the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Image and Sexual Function of Women with Obesity

Soleimani H[1*], Soltanizadeh M[2]

1- Master of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Soleimani H, Master of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
E-mail: Hajar.soleimani.1364@gmail.com

Abstract

Introduction: The growing trend of obesity is a major concern for the World Health Organization, and in addition to causing physical problems, it is usually associated with some behavioral and psychological problems, including psychological areas related to sexual behavior; so, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Image and Sexual Function of Women with Obesity.

Methods: This research was semi-experimental (pre-test-post-test with a control group and a one-month follow-up). The statistical population included all obese women in Isfahan city in 2019. Using available sampling method, 30 obese women were selected and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received a course of cognitive therapy based on mindfulness in 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any special training. Subjects of both groups were measured in the pre-test and post-test with Fisher's body image and female sexual Function questionnaires by Rosen et al. Data analysis was done using mixed analysis of variance and Benferroni post hoc test using SPSS-22 software.

Results: There was a significant difference between the mean post-test scores of the intervention group and the control group, so that cognitive therapy based on mindfulness significantly improved the body image and sexual performance of obese women in the intervention group ($P<0.05$). Also, this difference has been maintained in the one-month follow-up phase.

Conclusions: Based on the results of the present study, it can be said that cognitive therapy based on mindfulness can be used as a suitable treatment method to improve the body image and sexual performance of obese women in counseling centers and psychological services.

Keywords: Obesity, Mindfulness-based cognitive therapy, Body image, Sexual function.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۱، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱

بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن و عملکرد جنسی زنان مبتلا به چاقی

هاجر سلیمانی[1*]، محمد سلطانی زاده[2]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: هاجر سلیمانی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
ایمیل: Hajar.soleimani.1364@gmail.com

چکیده

مقدمه: روند روبه رشد چاقی یک نگرانی عمده برای سازمان جهانی بهداشت است و علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی، معمولاً با پاره‌ای از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی- از جمله حوزه‌های روانشناختی مرتبط با رفتار جنسی- همراه است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر تصویر بدن و عملکرد جنسی زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه) بوده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان چاق شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ زن چاق انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش یک دوره آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند در حالی‌که گروه کنترل آموزش خاصی دریافت نکردند. آزمودنی‌های هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پرسشنامه‌های تصویر بدن فیشر و عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران مورد سنجش قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با استفاده از نرم افزار SPSS-22 انجام شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمره های پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت، بدین ترتیب که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری منجر به بهبود تصویر بدن و عملکرد جنسی زنان چاق در گروه مداخله شد ($P<۰/۰۵$)، همچنین در مرحله پیگیری یک ماهه این تفاوت حفظ شده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک شیوه درمانی مناسب برای بهبود تصویر بدن و عملکرد جنسی زنان مبتلا به چاقی در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شود.

کلیدواژه‌ها: چاقی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تصویر بدنی، عملکرد جنسی.

مقدمه

در سال‌های اخیر چاقی در میان بسیاری از جوامع و کشورها شیوع پیداکرده است. روند روبه رشد چاقی یک نگرانی عمده برای سازمان جهانی بهداشت است و طبق گزارش این سازمان در سال ۲۰۱۷ تعداد افراد چاق در دنیا به ۲/۱ میلیارد رسیده است (۱، ۲). چاقی به حالتی گفته می شود که در آن وزن بدن ۲۰ درصد از وزن مطلوب بیشتر باشد (۳). چاقی در بزرگسالی یک خطر عمده برای بیماری هایی مانند دیابت نوع ۲، قلب و عروق، فشارخون و برخی از سرطان‌ها و حتی افسردگی است (۲). چاقی، علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی و پزشکی برای افراد مبتلا، معمولاً با پاره‌ای از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی- هیجانی و شناختی- همراه است (۴). درواقع قسمتی از این مشکلات رفتاری و روان‌شناختی، رفتارهای جنسی و حوزه‌های روان‌شناختی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

مرتبط با رفتار جنسی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بدین معنا که چاقی به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر روی عملکرد بهینه جنسی تاثیر می‌گذارد.

سازمان جهانی بهداشت سلامت جنسی را تمامیت و یکپارچگی ذهنی، جسمی و احساسی بیان کرده که هرگونه اختلالی در این ابعاد را مسبب اختلال در عملکرد جنسی می‌داند. همچنین سازمان بهداشت جهانی اختلال عملکرد جنسی را به‌صورت شیوه‌های مختلفی که در آن شخص قادر به شرکت در یک رابطه جنسی آن‌گونه که آرزو دارد نباشد، تعریف می‌نماید (۵). اختلال عملکرد جنسی در زنان به معنی اختلال دائمی و عودکننده دریکی از حیطه های تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد حین نزدیکی، یا عدم توانایی در رسیدن به اوج لذت جنسی است. شیوع این اختلال در زنان بالا است و تأثیر زیادی بر روابط زناشویی آن می‌گذارد. شیوع اختلال عملکرد جنسی در جمعیت عمومی در کشورهای جهان سوم بین ۱۲/۸ تا ۵۰ درصد تخمین زده می‌شود (۶). افراد چاق نیز به‌عنوان یک گروه بزرگ از افراد جامعه در جوامع غربی و یک گروه به نسبت کم‌جمعیت‌تر در کشورهای درحال‌توسعه، مشکلات درزمینه‌ی عملکرد جنسی را قطعاً با شدتی حداقل برابر با جمعیت عمومی دارند. لذا مداخلات به‌منظور بهبود کیفیت زندگی افراد چاق، بدون لحاظ نمودن پویایی‌های مرتبط به عملکرد جنسی این افراد کفایت و اثربخشی موردنظر را نخواهد داشت. پژوهش‌های گوناگونی نیز به بررسی اثربخشی مدخلات متنوع بر بهبود عملکرد جنسی زنان پرداخته‌اند (۷، ۸).

یکی دیگر از شایع ترین مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی، وجود نقص در تصویر بدن است (۹). تصویر بدن دربرگیرنده عقاید و احساسات آگاهانه و غیرآگاهانه در مورد بدن است (۱۰). تصویر ذهنی از بدن، تصویری روانی است که فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد، به عبارت دیگر، احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندام بدن خود دارد (۱۱). ادراک فرد از بدنش منجر به برآورد بیشتر و یا کمتر از اندازه قسمت هایی از بدن می شود و تغییرات عاطفی، شناختی ناشی از آن بااحساس نارضایتی نسبت به شکل و اندام های فرد ارتباط دارد. تصویر بدنی عنصری اساسی از شخصیت و خودپنداره هر فرد است می‌تواند به منبعی برای هیجانات مثبت و منفی تبدیل شود و از این طریق بر زندگی روانی و نگرش فرد تاثیر بگذارد (۱۲). در واقع چناچه این تصویر مثبت باشد، سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می‌شود و چناچه شخص از این تصویر ناراضی باشد منجر به تغییر در احساس خودارزشمندی می‌شود و این تغییر، کارکردهای روزانه، روابط بین فردی، ارتباطات جنسی و به تبع عمکرد جنسی و روابط زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۳). در یک رابطه چنان چه یکی از طرفین تصویر منفی از بدن خود داشته باشند، احتمالا بیشتر شک دارند که شریک‌شان رابطه خود را با وی ادامه خواهند داد یا نه و یا او را از لحاظ جنسی می‌پذیرد یا نه و اضطراب بیشتری را در یک رابطه با شریک خود احساس می‌کنند؛ بنابراین این امر منجر به جرات‌ورزی جنسی پایین و کاهش فراوانی فعالیت جنسی می‌شود و اما زوجینی که تصور مثبتی از بدن خود دارند بیشتر وارد فعالیت جنسی شده و ممکن است رضایت جنسی بیشتری را تجربه کنند. بنابراین تصویر ذهنی فرد از بدن خود می‌تواند نقش مهمی در فعالیت و عملکرد جنسی و رضایت از رابطه زناشویی در زوجین و بخصوص در زنان داشته باشد (۱۴). از این رو مداخلات درمانی با تمرکز بر ایجاد و حفظ تصویر مثبت بدن در ایجاد رفتاری جنسی رضایت بخش‌تر مفید هستند و به علاوه عملکرد جنسی بهینه را به همراه دارد؛ بنابراین پژوهش‌های مختلف، به بررسی مداخلات درمانی متنوع در این زمینه پرداخته‌اند (۱۵؛ ۱۶، ۱۷). درواقع برای بهبود عملکرد جنسی و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با رفتار جنسی در زنان و به‌خصوص زنان دارای ویژگی‌های خاص، مثلاً ابتلا به یک بیماری مزمن، برنامه‌های مختلف و متنوعی طراحی و اجرا شده است. این برنامه‌ها به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، بهبود عملکرد در حوزه‌های روان‌شناختی مرتبط با رفتار جنسی را به‌عنوان هدف خود مشخص نموده‌اند.

از جمله درمان‌های که طی سالیان اخیر مطرح‌شده است درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان به‌نوعی تلفیقی از درمان‌های موج دوم و سوم روان‌درمانی است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی مداخله روانی- آموزشی است که به افراد در جهت بازسازی شناختی و تمرین مراقبه ذهنی- بدنی کمک می‌کند. ذهن آگاهی نوعی آگاهی است که در زمان توجه به تجربیات‌مان نسبت

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

به موضوعی خاص، شکل می‌گیرد. توجهی که متمرکز بر هدف است؛ یعنی توجه به‌طور آشکار روی جنبه‌های خاصی از تجربه معطوف می شود؛ و در زمان حال و بدون قضاوت صورت می‌گیرد. منظور از عدم قضاوت، فرآیندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است (۱۸). در این شیوه مداخله، با کمک روش‌های ذهن آگاهی به مراجعه‌کننده کمک می‌شود به‌جای استفاده از استدلال، بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت‌کننده، تلاش کند تا با روشی متفاوت وضعیت زندگی خود را بدون کنترل‌های قبلی و با پذیرش و آگاهی و تمرین حضور در زمان حال بهبود دهد (۱۹). در این الگو در واقع ذهن آگاهی یعنی متمرکز کردن توجه عامدانه شخص نسبت به تجربه‌ای که در حال حاضر در جریان است این توجه دارای ویژگی غیر قضاوتی و همراه با پذیرش است (۲۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقابل درمان شناختی- رفتاری که تأکید بر تغییر محتوای افکار دارد، به بیماران می‌آموزد تا جریانات شناختی خودکار و همیشگی را از فراموشی درآورند و راه جدیدی برای رهایی از الگوهای شناختی ناکارآمد به بیماران آموزش می‌دهد (۲۱). به عبارت دیگر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش تفکیک ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و مشاهده بدون قضاوت موجب می‌شود که افراد، دیدگاه‌های غلط خود در مورد بدنشان را بپذیرند و با به چالش کشیدن آنها از احساسات و افکار منفی در مورد بدنشان بکاهند؛ لذا احتمال می‌رود که بهبود تصویر ذهنی به نوبه خود نیز بتواند نقش مهمی در بهبود فعالیت و عملکرد جنسی آنان داشته باشد؛ از این رو انتظار می‌رود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ویژگی غیرقضاوتی خود و همراه با مولفه پذیرش نسبت به تجربه‌ای که در حال جریان است، بتواند بر روی بهبود تصویر بدنی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به چاقی اثر مثبتی داشته باشد. چاقی و تأثیرات آن بر تصویر بدنی و عملکرد جنسی، اثرات نامطلوبی بر زندگی زناشویی زنان چاق و به دنبال آن بر آرامش خانوادگی‌شان دارد. مطالعات تجربی اندکی به‌منظور مداخله برای بهبود کیفیت زندگی جنسی و زناشویی زنان چاق در داخل کشور انجام‌شده است. از سوی دیگر درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی و اثربخشی احتمالی آن‌ها بر کاهش مشکلات جنسی در میان جمعیت عمومی در طی سالیان اخیر در خارج از کشور مورد توجه قرارگرفته است ولی در کشور ایران این مطالعات به‌صورت منسجم و به خصوص برای زنان چاق اجرا نشده است؛ بنابراین سؤالی که این تحقیق درصدد پاسخ دادن به آن است عبارت است از اینکه «آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی، تصویر تناسلی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به چاقی تأثیر دارد؟

روش‌کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان چاق شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بوده است. برای تعیین حجم نمونه با استفاده از یک آگهی در فضای مجازی، ۳۰ نفر از زنان چاق با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردید و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرارداده شد (۱۵ نفر گروه آزمایش/ ۱۵ نفر گروه کنترل). ابتدا پیش آزمون بر روی دو گروه اجرا شد و گروه آزمایش تحت یک دوره شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند، درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرده است و در نهایت از هر گروه پس‌آزمون گرفته شد و پس از یک ماه آزمون پیگیری اجرا گردید. ملاک‌های ورود عبارتنداز: داشتن نمایه توده بدنی بالاتر از ۳۰، متأهل بودن، عدم شرکت همزمان در یک دوره مداخله روان‌شناختی دیگر، سن کمتر از ۵۰ سال و عدم تعارض زناشویی شدید می‌باشد و ملاک‌های خروج نیز شامل؛ غیبت بیش از یک جلسه، عدم تمایل به ادامه درمان و اقدام به طلاق است.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارتنداز:

آزمون تصویر بدن: این آزمون در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است. هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط =۳، راضی =۴، خیلی راضی =۵) است. برای به دست آوردن نمره تصویر فرد از تنش نمره گویه ها باهم جمع می‌شود. کسب نمره ۴۶ در این آزمون نشان‌دهنده اختلال و نمره بالاتر از ۴۶ (حداکثر ۲۳۰) عدم اختلال را نشان می‌دهد. اعتبار این آزمون در ایران مورد بررسی قرارگرفته است. وی به‌منظور اعتبار این آزمون، ۹۹ دانش‌آموز، از پایه‌های اول،

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

دوم و سوم دبیرستان انتخاب کرده و به فاصله زمانی ۱۰ روز مورد آزمون و آزمون مجدد قرارداده که نتایج آن در ادامه آورده شده است. ضریب همبستگی محاسبه‌شده آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون برای دانش‌آموزان سال اول ۸۱٪، دانش‌آموزان سال دوم ۸۴٪، دانش‌آموزان سال سوم ۸۷٪ و جمع دانش‌آموزان ۸۴٪ هست. با توجه به سطح معنادار این ضرایب ($p<۰/۰۰۰۱$) با ۹۹/۹۹٪ اطمینان، می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل از اجرای اول آزمون و نمرات حاصل از اجرای دوم آزمون تصویر همبستگی معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). پایایی پرسشنامه تصویر بدنی با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۹۱/ گزارش‌شده است (۲۲). در تحقیق نظر پور و و خزرائی نیز پایایی و روایی پرسشنامه تصویر بدنی با سه روش آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمنبراون، و ضریب تصنیف گاتمن محاسبه گردید که به ترتیب برابر ۹۱۷/.، ۰/۸۶۱ و ۸۶۱/. به دست آمد (۲۳).

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (FSFI): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ساخته شده است. شاخص عملکرد جنسی زنان با ۱۹ سؤال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد. پرسشنامه مذکور در تحقیقات خارج از کشور به‌طور گسترده مورداستفاده قرارگرفته است. در مورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سؤال‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست آمد (از آنجا که در پرسشنامه FSFI، تعداد سؤالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم‌وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه باهم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌گردد). نمرات در نظر گرفته‌شده برای سؤال‌های ۱- حوزه میل و ۲- حوزه تهییج جنسی، ۳- رطوبت مهبلی، ۴- ارگاسم، ۵- درد و ۶- رضایتمندی جنسی (۵-۱ یا ۰) است. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به‌این‌ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم‌وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ 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 پژوهش محمدی، حیدری و فقیه زاده (۲۴) پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سؤالات محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که با نتایج مطالعات خارجی هماهنگی دارد. در مطالعه روزن و همکاران پایایی باز آزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. بر اساس نتایج مطالعه محمدی، حیدری و فقیه زاده (۲۴) تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هریک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و بدون اختلال وجود دارد که نشانگر اعتبار (روایی) تمیزی این ابزار است. این مطالعات درجه بالایی از همسانی درونی و پایایی ابزار را نشان داده است و همچنین ازنظر اعتبار یا روایی نیز تفاوت معنادار قابل‌ملاحظه‌ای بین نمرات گروه بیماران و گروه کنترل در هر ۶ حوزه را نشان داده است.

شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که تعداد ۳۰ زن متأهل و چاق که متقاضی دریافت درمان شده بوده‌اند انتخاب و در دو گروه به صورت تصادفی گمارش شدند. پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت نمودند. در پایان مداخله، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. یک ماه بعد نیز کلیه زنان دو گروه در قالب مرحله پیگیری، به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. در نهایت در دو گروه آزمایش و گواه تعداد ۳۰ زن متأهل و چاق کلیه مراحل پژوهش را تکمیل نمودند.همچنین برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا ازجمله اصل رازداری، رضایت آگاهانه ورود و خروج از پژوهش در هر مرحله از پژوهش مورد توجه قرار گرفت. محتوای جلسات دوره آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول زیر بیان شده است. . تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با استفاده از نرم افزار SPSS-22 انجام شد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

محتوای جلسات دوره آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی، تبیین کردن مشکل، توضیح مفروضه درمان، حالت انجام دادن ذهن، تمرین خوردن کشمش با شیوه حضور ذهن
جلسه دوم	مرور تکلیف هفته گذشته، ثبات نگه داشتن ذهن با تمرین توجه آگاهانه به تنفس، تمرین پیاده روی آگاهانه، تعیین تکلیف خانگی
جلسه سوم	احساسات جسمی حاصل از تجربه مستقیم و نه تفکر، تمرین آگاهی هوشیارانه از دست‌ها مراقبه پویش بدن، بیدار شدن آگاهانه به هنگام صبح، تعیین تکلیف خانگی
جلسه چهارم	برقراری مجدد با احساسات، احساساتی را که دوست داریم، احساساتی را که دوست نداریم و احساساتی که از وجود آن آگاه نیستیم، یوگای آگاهانه به‌صورت ایستاده، مراقبه نشسته، تعیین تکلیف خانگی
جلسه پنجم	با احساسات خود دوست شویم، کار کردن بر روی محدوده احساسات و مراقبه نشسته، تغییر هیجانات ناخوشایند، ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، تعیین تکلیف خانگی
جلسه ششم	در نظر گرفتن افکار به‌عنوان مخلوقات ذهن، درک این مطلب که افکار فقط فکر هستند، توجه آگاهانه به شنیدن و فکر کردن، تعیین تکلیف خانگی
جلسه هفتم	توجه آگاهی در زندگی روزمره، انجام تمرین مکث سه دقیقه‌ای
جلسه هشتم	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی

یافته‌ها

در ادامه به بررسی یافته های توصیفی و استنباطی داده های پژوهش پرداخته شده است. در ابتدا یافته‌های جمعیت شناختی با آماره درصد و فراوانی، سپس آماره های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و در ادامه به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی متغیرهای وابسته از تحلیل واریانس آمیخته پرداخته استفاده شده است. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳۹/۰۷ و ۴/۰۴۴ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۷/۶۷ و ۲/۹۶۸ بود. میزان آماره تی مستقل بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی دو گروه در متغیر سن برابر با t-test = ۱/۰۸۱ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۲۸۹) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر سن می باشد. در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) دیپلم، ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) فوق دیپلم و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) لیسانس بودند. در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۷/۶۷ درصد) دیپلم، ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) فوق دیپلم و ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) لیسانس بودند. میزان خی‌دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در متغیر تحصیلات برابر با chi-square=۰/۱۶۴ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (P=۰/۹۲۱) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد. در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۶۷/۶۷ درصد) خانه دار و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) کارمند بودند. در گروه کنترل ۱۲ نفر(۸۰ درصد) خانه دار و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارکنند بودند. میزان خی‌دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در متغیر وضعیت شغلی برابر با chi-square=۰/۶۸۲ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (P=۰/۴۰۹) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر وضعیت شغلی می باشد. در گروه آزمایش ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) یک فرزند، ۱۰ نفر(۶۶/۶۷ درصد) دو فرزند، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) سه فرزند و بیشتر داشتند. در گروه کنترل ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) فرزندی نداشتند، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) یک فرزند، ۱۱ نفر (۷۳/۳۳ درصد) دو فرزند و ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) سه فرزند و بیشتر داشتند. میزان خی‌دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در متغیر تعداد فرزندان برابر با chi-square=۳/۱۸۱ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (P=۰/۳۶۵) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تعداد فرزندان می باشد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تصویر بدن و عملکرد جنسی در گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش

متغیرهای وابسته	مرحله سنجش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سر و صورت	پیش آزمون	۲۵/۵۰	۰/۸۶۲	۲۴/۹۳	۰/۷۰۴
	پس آزمون	۲۶/۹۳	۱/۸۳۱	۲۵/۰۷	۰/۷۰۴
	پیگیری	۲۶/۷۳	۱/۹۴۴	۲۵/۰۰	۰/۷۵۶
اندام های فوقانی	پیش آزمون	۱۷/۸۰	۰/۶۷۶	۱۷/۹۳	۰/۷۰۴
	پس آزمون	۲۰/۲۰	۰/۸۶۲	۱۸/۰۷	۰/۷۰۴-
	پیگیری	۱۹/۹۳	۱/۱۶۳	۱۸/۱۳	۰/۷۴۳
اندامهای تحتانی	پیش آزمون	۱۱/۹۳	۰/۵۹۴	۱۲/۱۳	۰/۳۵۲
	پس آزمون	۱۴/۰۷	۰/۹۶۱	۱۲/۲۷	۰/۴۵۸
	پیگیری	۱۳/۹۳	۱/۰۳۳	۱۲/۳۳	۰/۴۸۸
ویژگیهای کلی بدن	پیش آزمون	۳۵/۳۳	۱/۱۱۳	۳۴/۹۳	۰/۵۹۴
	پس آزمون	۳۸/۶۷	۲/۳۵۰	۳۵/۱۳	۰/۶۴۰
	پیگیری	۳۸/۴۷	۲/۳۲۶	۳۵/۲۰	۰/۶۷۶
نمره کل تصویر بدن	پیش آزمون	۹۰/۲۷	۱/۲۲۳	۸۹/۹۳	۱/۲۸۰
	پس آزمون	۹۹/۸۷	۳/۶۴۲	۹۰/۵۳	۱/۴۰۷
	پیگیری	۹۹/۰۷	۴/۰۴۴	۹۰/۶۷	۱/۳۹۷
میل جنسی	پیش آزمون	۷/۹۳	۰/۸۸۴	۷/۶۷	۰/۹۷۶
	پس آزمون	۹/۵۳	۱/۰۶۰	۸/۰۰	۰/۶۵۵
	پیگیری	۹/۳۳	۱/۱۱۳	۸/۰۷	۰/۷۰۴
تحریک جنسی	پیش آزمون	۱۵/۸۷	۲/۹۰۰	۱۴/۶۷	۱/۶۳۳
	پس آزمون	۱۷/۶۰	۱/۷۲۴	۱۴/۷۳	۱/۸۳۱
	پیگیری	۱۷/۶۰	۱/۷۲۴	۱۴/۸۰	۱/۸۹۷
مرطوب شدن جنسی	پیش آزمون	۱۳/۵۳	۱/۱۲۵	۱۳/۲۰	۱/۰۱۴
	پس آزمون	۱۶/۱۳	۱/۰۶۰	۱۳/۵۳	۱/۱۲۵
	پیگیری	۱۶/۱۳	۱/۰۶۰	۱۳/۶۰	۱/۰۵۶
ارگاسم جنسی	پیش آزمون	۸/۴۰	۰/۷۳۷	۷/۹۳	۱/۱۰۰
	پس آزمون	۹/۳۳	۰/۷۲۴	۸/۱۳	۰/۹۹۰
	پیگیری	۹/۲۷	۰/۷۰۴	۸/۱۳	۰/۹۹۰
رضایت جنسی	پیش آزمون	۷/۸۰	۱/۰۸۲	۹/۰۰	۰/۹۲۶
	پس آزمون	۱۱/۲۰	۰/۷۷۵	۹/۱۳	۰/۹۹۰
	پیگیری	۱۰/۸۷	۱/۱۸۷	۹/۲۷	۰/۹۶۱
درد جنسی	پیش آزمون	۱۰/۸۰	۰/۷۷۵	۱۰/۵۳	۰/۶۴۰
	پس آزمون	۸/۶۷	۰/۹۷۶	۱۰/۴۰	۰/۶۳۲
	پیگیری	۸/۹۳	۰/۸۸۴	۱۰/۴۷	۰/۶۴۰
نمره کل عملکرد جنسی	پیش آزمون	۶۴/۳۳	۴/۳۵۳	۶۳/۰۰	۲/۳۶۰
	پس آزمون	۷۲/۴۷	۳/۲۰۴	۶۳/۹۳	۱/۹۸۱
	پیگیری	۷۲/۱۳	۳/۷۰۱	۶۴/۳۳	۲/۰۹۳

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

(جدول ۱) میانگین و انحراف معیار تصویر بدن و عملکرد جنسی گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می باشند یا خیر، از تحلیل واریانس آمیخته استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش-فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می باشد که ابتدا پیش‌فرض ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود (P>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود (P>۰/۰۵) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس ها تایید شد. داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود.

جدول ۲: نتیجه آزمون کرویت موچلی تصویر بدن و عملکرد جنسی

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی	آمارهی کای دو	درجه آزادی	معنی داری
سر و صورت	۰/۱۹۵	۴۴/۰۷۱	۲	۰/۰۰۱
اندام های فوقانی	۰/۵۱۳	۱۸/۰۳۸	۲	۰/۰۰۱
اندامهای تحتانی	۰/۴۵۰	۲۱/۵۳۴	۲	۰/۰۰۱
ویژگیهای کلی بدن	۰/۰۸۸	۶۵/۵۱۰	۲	۰/۰۰۱
نمره کل تصویر بدن	۰/۲۲۸	۳۹/۹۶۲	۲	۰/۰۰۱
میل جنسی	۰/۲۶۱	۳۶/۲۶۲	۲	۰/۰۰۱
تحریک جنسی	۰/۰۷۹	۶۸/۴۱۴	۲	۰/۰۰۱
مرطوب شدن جنسی	۰/۱۱۵	۵۸/۳۱۵	۲	۰/۰۰۱
ارگاسم جنسی	۰/۵۲۸	۱۷/۲۲۶	۲	۰/۰۰۱
رضایت جنسی	۰/۵۵۶	۱۵/۸۶۶	۲	۰/۰۰۱
درد جنسی	۰/۷۰۴	۹/۴۸۹	۲	۰/۰۰۱
نمره کل عملکرد جنسی	۰/۲۴۸	۳۷/۶۸۶	۲	۰/۰۰۱

بر اساس (جدول ۲) آزمون کرویت موچلی مقدار سطح معناداری متغیرهای پژوهش برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس ها و به گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کواریانس اطمینان حاصل نشد و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون های جایگزین بنابراین از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیزر برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در (جدول ۳) آمده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس آمیخته تصویر بدن و عملکرد جنسی در سه مرحله اجرا

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
سر و صورت	زمان	۱۵/۱۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱	۰/۹۷۵
	گروه	۱۰/۰۷۲	۰/۰۰۴	۰/۲۶۵	۰/۸۶۵
	زمان×گروه	۱۱/۷۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹۵	۰/۹۳۰
اندام های فوقانی	زمان	۵۵/۱۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳	۰/۹۹۹
	گروه	۲۳/۹۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۰/۹۹۷
	زمان×گروه	۴۱/۶۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸	۰/۹۹۹
اندامهای تحتانی	زمان	۷۳/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۰/۹۹۹
	گروه	۲۲/۹۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۰	۰/۹۹۶
	زمان×گروه	۵۳/۵۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۰/۹۹۹
ویژگیهای کلی بدن	زمان	۲۲/۹۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۱	۰/۹۹۷
	گروه	۳۱/۷۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۷/۳۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲	۰/۹۸۳
نمره کل تصویر بدن	زمان	۷۰/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۰/۹۹۹
	گروه	۷۱/۳۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۵۳/۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۵	۰/۹۹۹
میل جنسی	زمان	۲۳/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳	۰/۹۹۹
	گروه	۱۳/۴۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	۰/۹۴۲
	زمان×گروه	۸/۸۵۳	۰/۰۰۴	۰/۲۴۰	۰/۸۵۷
تحریک جنسی	زمان	۶/۵۵۸	۰/۰۱۵	۰/۱۹۰	۰/۷۰۸
	گروه	۱۲/۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹	۰/۹۲۷
	زمان×گروه	۵/۲۰۷	۰/۰۲۹	۰/۱۵۷	۰/۶۰۸
مرطوب شدن جنسی	زمان	۷۸/۵۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷	۰/۹۹۹
	گروه	۲۵/۷۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹	۰/۹۹۸
	زمان×گروه	۴۴/۵۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۰/۹۹۹
ارگاسم جنسی	زمان	۶۰/۶۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴	۰/۹۹۹
	گروه	۸/۶۴۷	۰/۰۰۷	۰/۲۳۶	۰/۸۱۰
	زمان×گروه	۲۴/۶۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۸	۰/۹۹۹
رضایت جنسی	زمان	۷۰/۶۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۰/۹۹۹
	گروه	۷/۱۲۵	۰/۰۱۳	۰/۲۰۳	۰/۷۳۱
	زمان×گروه	۵۵/۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۷	۰/۹۹۹
درد جنسی	زمان	۳۳/۷۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶	۰/۹۹۹
	گروه	۲۰/۲۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	۰/۹۹۱
	زمان×گروه	۲۷/۳۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴	۰/۹۹۹
نمره کل عملکرد جنسی	زمان	۵۸/۰۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵	۰/۹۹۹
	گروه	۳۶/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۳۳/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۱	۰/۹۹۹

نتایج (جدول۳) نشان می‌دهد که اثر متغیر درون گروهی (عامل زمان) بر متغیرهای پژوهش معنادار است ($P<۰/۰۰۱$). به این ترتیب اثر متغیر بین گروهی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر تصویر بدن و عملکرد

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

جنسی معنادار است. در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در (جدول۴) آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی تصویر بدن و عملکرد جنسی برای بررسی ماندگاری نتایج درمانی

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
سر و صورت	پیش آزمون	۲۵/۰۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	-۰/۹۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۶/۰۰۰	پیش آزمون-پیگیری	-۰/۸۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۵/۸۶۷	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۱۳۰
اندام های فوقانی	پیش آزمون	۱۷/۸۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۲۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۹/۱۳۳	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۱۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۰۳۳	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۰۰	۰/۷۲۵
اندامهای تحتانی	پیش آزمون	۱۲/۰۳۳	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۱۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۳/۱۶۷	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۱۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۱۳۳	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۹۹۹
ویژگیهای کلی بدن	پیش آزمون	۳۵/۱۳۳	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۷۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۶/۹۰۰	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۷۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۶/۸۳۳	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۸۹۷
نمره کل تصویر بدن	پیش آزمون	۹۰/۱۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	-۵/۱۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۹۵/۲۰۰	پیش آزمون-پیگیری	-۴/۷۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹۴/۸۶۷	پس آزمون-پیگیری	۰/۳۳۳	۰/۲۰۸
میل جنسی	پیش آزمون	۷/۸۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	-۰/۹۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۸/۷۶۷	پیش آزمون-پیگیری	-۰/۹۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۷۰۰	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۸۹۷
تحریک جنسی	پیش آزمون	۱۵/۲۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	-۰/۹۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۶/۱۶۷	پیش آزمون-پیگیری	-۰/۹۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۶/۲۰۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۹۹۹
مرطوب شدن جنسی	پیش آزمون	۱۳/۳۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۴۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۴/۸۳۳	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۵۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۴/۸۶۷	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۹۷۸
ارگاسم جنسی	پیش آزمون	۸/۱۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	-۰/۵۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۸/۷۳۳	پیش آزمون-پیگیری	-۰/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۷۰۰	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۹۷۸
رضایت جنسی	پیش آزمون	۸/۴۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	-۱/۷۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۰/۱۶۷	پیش آزمون-پیگیری	-۱/۶۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۰/۰۶۷	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۰۰	۰/۹۹۹
درد جنسی	پیش آزمون	۱۰/۶۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۱۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۵۳۳	پیش آزمون-پیگیری	۰/۹۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹/۷۰۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۴۰۶
نمره کل عملکرد جنسی	پیش آزمون	۶۳/۶۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	-۴/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۶۸/۲۰۰	پیش آزمون-پیگیری	-۴/۵۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶۸/۲۳۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۹۹۹

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

به منظور مشخص نمودن اینکه نمرات متغیرهای وابسته در کدام مرحله با هم تفاوت معنی‌داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. همان طور که (جدول ۴) نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن و عملکرد جنسی زنان مبتلا به چاقی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن و عملکرد جنسی زنان مبتلا به چاقی بود. به طور کلی نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود تصویر بدن و عملکرد جنسی در زنان مبتلا به چاقی بشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش تفاوت معناداری در سطح تصویر بدن گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده‌شده است. این یافته با پژوهش‌های مختلفی شاربف الوار و همکاران (۱۵)، آریاپوران و همکاران (۱۶)، گیورکی و همکاران (۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به مکانیزم اثربخشی مولفه‌های شناختی و ذهن‌آگاهی در درمان MBCT اشاره نمود. مداخله شناختی در کوتاه‌مدت می‌تواند منجر به تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد و نامتناسب با واقعیت در این زنان نسبت به شکل و حالت اندام‌ها و حالت کلی بدن خود شود. آنان خطاهای شناختی و افکار خودآیند عموماً منفی در مورد خود و شرایط بدنی خود را شناسایی نموده و با آن‌ها چالش منطقی می‌نمایند. از سوی دیگر، ذهن آگاهی به کمک تنفس و با تکیه بر اعضای بدن، ایجاد آگاهی نسبت به رویدادها، شناخت افکار و پذیرش بدون قضاوت و داوری در مورد آن‌ها، منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی افراد در مورد وضعیت جاری خود ازجمله شرایط بدنی خود می‌شود. تغییر در احساس و عاطفه زنان چاق زمانی که متوجه ویژگی‌های بدنی خود می‌شوند، در کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش آرامش و حس خشنودی آن‌ها از داشتن بدنی این‌گونه مؤثر است. افراد ذهن آگاه در حین فعالیت‌های روزمره به خود و موقعیت‌های درونی و بیرونی خود توجه دارند. تغییرات را به‌خوبی درک کرده و مدیریت می‌نمایند. نیازها و رفتارهای جنسی خود و همسر خود را بهتر شناسایی نموده و پاسخ مناسب می‌دهند. زنان چاق به‌صورت خاص افکار و باورهای منفی در مورد خود و بدن خود را کنترل و مدیریت می‌نمایند و با پذیرش به‌جای مقابله، اجازه نمی‌دهند که این افکار و باورها موجب ایجاد آشفتگی در زندگی آن‌ها شوند (۱۳، ۱۴)؛ لذا تمرین‌های ذهن آگاهی در حوزه اسکن بدنی و مباحث مربوط به چالش شناختی با باورهای و افکار خودآیند درزمینه‌ی وضعیت بدنی برای زنان مبتلا به چاقی، بهبود تصویر بدنی را به همرا دارد. به عبارت دیگر در درمانMBCT بهبود تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی را می‌توان در توجه به عوامل اشتغال ذهنی، اهمیت داشتن حالات بدنی و چالش شناختی و تمرین‌های ذهن آگاهی با محوریت شرایط و تصویر بدنی در این افراد جستجو نمود.

بر اساس نتایج تفاوت معناداری در سطح عملکرد جنسی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده‌شده است. این یافته نشان می‌دهد که اجرای مداخله موجب بهبود عملکرد جنسی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل‌شده است. این یافته‌ها با پژوهش‌های نوروزی و همکاران (۷)، محمدی و همکاران (۸)، جاوید وسل و همکاران (۱۳) همسو است. در واقع مهارت‌های ذهن آگاهی بر پذیرش هر چه بیشتر آگاهی، ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌های است که از سوی فرد ارزشمند شناخته می‌شود. این موارد باعث می‌شود تا میزان درگیر شدن فعال و در لحظه زنان در فعالیت جنسی و ارتباط زناشویی با همسر تقویت شود. به عبارت دیگر تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد جنسی را بدین‌صورت می‌توان تبیین نمود که باور افراد به توانایی‌هایشان حتی در مواقعی که فرد دچار نقص یا ایرادی در ساختار بدن خود می‌شود، می‌تواند عملکردهای او را ثابت نگه دارد. با این باور، فرد می‌تواند بر شرایط زندگی خود اثر فعال بگذارد و احساس کنترل بیشتری بر آن داشته باشد (۱۴). بر این اساس، ذهن آگاهی همراه با تکنیک‌های بازسازی شناختی، با بارورسازی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

باورهـای افـراد در مـورد شـرایط زندگـی خـود، آن‌هـا را بـه سـمت زندگـی مثبت‌تـر سـوق می‌دهـد. در ایـن حالـت هـر فـرد در مـورد توانایـی خـود در عملکـرد مؤثـر جنسـی و مطلـوب بـودن بـرای شـریک جنسـی خـود، بـه نوعـی اطمینـان می‌رسـد کـه چنیـن بـاوری، تسـهیل‌کننده ارتباطـات جنسـی ایـن افـراد بـا همسـران خـود اسـت (۱۵). تصـور می‌شـود ذهـن آگاهـی بـر توجـه بـه شـیوه‌ای تأثیـر مـی گـذارد کـه بدعملکـردی جنسـی نیـز بـدان شـیوه از توجـه تأثیـر مـی پذیـرد. اولیـن فراینـد دخیـل ایـن اسـت کـه مطالعـات بیـان مـی کننـد کـه ذهـن آگاهـی می‌توانـد سـبب افزایـش وسـیعی در کنتـرل فکـری شـود و ایـن تغییـر احتمـالاً بـه وسـیله تغییـر در سـاختارهای قشـری دخیـل در عواطـف و فعالیـت در قشـر قدامـی شـکنج سـینگولیت رخ می‌دهـد. ایـن تغییـرات بـه تنهایـی ممکـن اسـت احتمـال اینکـه افـراد بـا بدکارکـرد جنسـی بتواننـد به‌طـور موفقیت‌آمیـزی مشـغول محرک‌هـای شـهوت‌انگیز شـوند را افزایـش دهـد. بـه عـلاوه عوامـل زیـادی از ذهـن آگاهـی صراحتـاً افزایـش توجـه بـدون قضـاوت بـه احساسـات جسـمی را تشـویق مـی کننـد (۱۸). در تبییـن ایـن یافتـه می‌بایسـت در درجـه اول بـه چـاق بـودن ایـن زنـان و اثـرات آن بـر عملکـرد جنسـی آن‌هـا توجـه نمـود. چـاق بـودن ممکـن اسـت به‌عنـوان یـک چالـش در مسـیر یـک ارتبـاط جنسـی کامـل و لذت‌بخـش بـروز و ظهـور یابـد. در ایـن حالـت، اگـر به‌جـای پذیـرش ایـن چالـش، زن بخواهـد آن را کنتـرل نمایـد، آشـفتگی وی زیادتـر خواهـد شـد و در ایـن حالـت کیفیـت ارتبـاط زناشـویی وی نیـز بـه صـورت قابـل توجهـی افت پیـدا خواهـد کـرد. آمـوزش مهارت‌هـای ذهـن آگاهـی بـه افـراد کمـک می‌نمایـد تـا بتواننـد راحت‌تـر و مؤثرتـر بـا چالش‌هـا و تعارضـات در زندگـی روزمـره و بـه و صـورت خـاص در حیـن رابطـه جنسـی بـا همسـر مقابلـه نماینـد و از گرفتـار شـدن در آشـفتگی‌های روانـی بپرهیزنـد (۱۳). در ایـن شـرایط، ذهـن آگاهـی بـا ایجـاد نوعـی از خـود نظـم جویـی کـه موجـب ادراک غیـر قضاوتـی در فرآینـد شـناختی فـرد مـی شـود، رفتارهـای سـازگارانه و کارآمـد ایـن زنـان را در زمـان حـال – زمـان رابطـه جنسـی–افزایش می‌دهـد و او را بـه پذیـرش آنچـه کـه الان هسـت ترغیـب می‌کنـد. تمرین‌هـای ذهـن آگاهـی اضطـراب و تنـش افـراد را کاهـش می‌دهـد، رغبـت و انگیـزش آن‌هـا را بـه شـرکت در فعالیت‌هـای لذت‌بخـش ماننـد ارتبـاط جنسـی بـا همسـر افزایـش می‌دهـد و موجـب ارتقـاء عملکـرد آن‌هـا در حیـن رابطـه جنسـی می‌شـود.

نتیجه‌گیری

شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـا تکیـه بـر مداخـلات شـناختی و ذهـن آگاهانـه به‌صـورت همزمـان قـادر خواهـد بـود بعضـی از مشـکلات و مسـائل مرتبـط روان‌شـناختی و رفتـاری زنـان مبتـلا بـه چاقـی ازجملـه تصویـر بدنـی و عملکـرد جنسـی را حل‌وفصـل نمایـد. بـه عبـارت دیگـر شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـا آمـوزش تفکیـک ارزیابی‌هـا از تجـارب شـخصی و مشـاهده بـدون قضـاوت موجـب می‌شـود کـه افـراد، دیدگاه‌هـای غلـط خـود در مـورد بدنشـان را بپذیرنـد و بـا بـه چالـش کشـیدن آنهـا و برجسـته نمـودن ارزش‌هـای مناسـب زندگـی خویـش از احساسـات و افـکار منفـی در مـورد بدنشـان بکاهنـد؛ بـه عـلاوه بهبـود تصویـر ذهنـی بـه وسـیله مدخـلات MBCT بـه نوبـه خـود نقـش مهمـی را در بهبـود فعالیـت و عملکـرد جنسـی زنـان مبتـلا بـه همـراه دارد. پژوهـش حاضـر بـا محدودیت‌هایـی همـراه اسـت: ازجملـه اینکـه از مقیاس‌هـای خودگزارشـی اسـتفاده شـده اسـت، پژوهـش بـر روی زنـان چـاق در شـهر اصفهـان انجـام شـد و قابـل تعمیـم بـه سـایر شـهرها نیسـت. پیشـنهاد می‌شـود کـه درمانگـران حـوزه‌ی روانشناسـی جهـت بهبـود مشـکلات روانشـناختی زنـان چـاق از جملـه تصویـر بدنـی و عملکـرد جنسـی از ایـن درمـان اسـتفاده نماینـد. عـلاوه بـر ایـن، بـه پژوهشـگران بعـدی پیشـنهاد می‌شـود کـه در پژوهـش خـود از مصاحبـه‌ی تشـخیصی بـرای ارزیابـی تصویـر بدنـی و عملکـرد جنسـی اسـتفاده کننـد. بـه عـلاوه پیشـنهاد می‌گـردد کـه اثربخشـی شـناخت درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی بـر کاهـش تصویـر بدنـی و عملکـرد جنسـی زنـان چـاق بـا درمان‌هـای دیگـر مقایسـه شـود.

سپاسگزاری

از تمامـی افـراد شـرکت‌کننده کـه در ایـن پژوهـش همـکاری داشـته‌اند، صمیمانـه تقدیـر و تشـکر می‌کنیـم. مقالـه حاضـر برگرفتـه از پایان‌نامـه کارشناسـی ارشـد نویسـنده اول در رشـته روانشناسـی بالینـی می‌باشـد.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

References

1. Breda J, Jewell J, Keller A. The importance of the world health organization sugar guidelines for dental health and obesity prevention. Caries research. 2019; 53(2):149-52.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. 2018 [cited 2019 18 March]. Available from.
3. DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. Eating Behaviors. 2009 Apr 1; 10(2):134-6.
4. 4. Wald EL. Psychosocial Responses and Body Weight Changes in African American and Caucasian Overweight and Obese Youth Attending a Weight Management Program. UMBC Student Collection. 2016 Jan 1.
5. Pitts RA, Greene RE. Promoting positive sexual health. American Journal of Public Health. 2020 Feb; 110(2):149.
6. Mostafa AM, Khamis Y, Helmy HK, Arafa AE, Abbas AM. Prevalence and patterns of female sexual dysfunction among overweight and obese premenopausal women in Upper Egypt; a cross sectional study. Middle East Fertility Society Journal. 2018 Mar 1; 23(1):68-71.
7. Nowroozi Dashtaki M, Pour Ebrahim T, Habibi M, Imani S. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sexual Desire and Sexual Arousal of Women with Drug Abuse. etiadpajohi. 2021; 15 (59):251-274
8. Mohammadi, F., gholamalli lavasani, M., Ejei, J. Effectiveness of the Cognitive-Behavioral Educational Program Based on Body Image on Sexual Satisfaction and Function of Married Woman Students. Clinical Psychology Studies, 2020; 10(38): 35-55. doi: 10.22054/jcps.2020.51110.2318.
9. McNabney SM. Obesity, Body Image Dissatisfaction, and Sexual Dysfunction: A Narrative Review. Sexes. 2022 Jan 6; 3(1):20-39.
10. Ryan S, Ussher JM, Hawkey A. Managing the premenstrual body: a body mapping study of women's negotiation of premenstrual food cravings and exercise. Journal of Eating Disorders. 2021 Dec; 9(1):1-4.
11. Rosen JC. Body-image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. InThe etiology of bulimia nervosa 2013 Feb 1 (pp. 173-194). Taylor & Francis.
12. Geller S, Levy S, Ashkeloni S, Roeh B, Sbiet E, Avitsur R. Predictors of psychological distress in women with endometriosis: The role of multimorbidity, body image, and self-criticism. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 Mar 26; 18(7):3453.
13. Jawed-Wessel S, Herbenick D, Schick V. The relationship between body image, female genital self-image, and sexual function among first-time mothers. Journal of sex & marital therapy. 2017 Oct 3; 43(7):618-32.
14. Wu T, Zheng Y. Effect of sexual esteem and sexual communication on the relationship between body image and sexual function in chinese heterosexual women. The Journal of Sexual Medicine. 2021 Mar 1; 18(3):474-86.
15. Sharbaf Olyaie Z, Toozandehjani H, Dehghani Neyshabouri M. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life and Body Image in Women With Breast Cancer Undergoing Mastectomy. Iranian Rehabilitation Journal. 2016 Sep 10; 14(3):139-50.
16. Ariapooran S, Abbasi S, Karimi J. The effect of acceptance and commitment therapy on social anxiety and body image in women with obesity. Journal of Psychological Achievements. 2019 Oct 23; 26(2):137-58.
17. Givehki R, Afshar H, Goli F, Scheidt CE, Omidi A, Davoudi M. Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: a randomized clinical trial. Electronic physician. 2018 Jul; 10(7):7008.
18. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy Rebecca Crane. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2011; 39(01):124-5.
19. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004 Sep 1; 35(4):639-65.
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 Jan 1; 68(1):29-36.
21. Foroughi A, Sadeghi K, Parvizifard A, Parsa Moghadam A, Davarinejad O, Farnia V, Azar G. The effectiveness of mindfulness-based

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]

cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2020 Jul 17; 42:138-46.

22. Asgari P, Pasha GH, Aminian M. The relationship of emotional, psychological stressors of life and body image in women with eating disorders. J Psychol Clin Psychiatry. 2009 Fall; 4(13): 65-78. [Full text in Persian].
23. Nazarpour S, Khazayi K. Investigate the relationship between body image and style coping with primary dysmenorrhea. J Fundam Ment Health. 2013 winter; 14 (4): 344-55. [Full text in Persian].
24. Mohammadi kh. Heydari M., Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh. 2008; 7 (3).

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-14]