MEJDS. 2017; 7:89. .
Published online 2018 Mar. **Research Article**

The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Sexual Function and Life Satisfaction in Women with Substance Use Disorders

Nasrin Backchalaki[1], *Ahmad Mansouri[2]

Author Address
1. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Neyshabbur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;
2. PhD of General Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabbur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
***Corresponding Author Address:** Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabbur Branch, Islamic Azad University, Pajohesh Blvd, Neyshabur, Khorasan Razavi, Iran.
***Tel**: (+98)5142621323
***E-mail:** Mansoury_am@yahoo.com

Received: 2017 March 1; **Accepted:** 2017 March 31

Abstract

Objective: Substance use disorders are serious, common and highly disabling mental disorders in men and women, which can cause substantial distress and impairment in individuals and place an enormous burden on society. Furthermore, they are associated with significant health related consequences including changes in brain circuits, increased depressive disorders, anxiety disorders, sleep disorders, neurocognitive disorders, sexual dysfunction and decreased life satisfaction. Various pharmacological and psychological treatments such as detoxification, methadone maintenance therapy, neurofeedback, analytical psychotherapy, behavioral therapy, cognitive behavioral therapy and rational emotive behavior therapy are used to treat substance use disorders and their health related consequences. Nonetheless, recently, Acceptance and Commitment Therapy has been increasingly gaining momentum among therapists as well as academicians. As a behavioral and cognitive intervention, this therapeutic approach uses acceptance and mindfulness processes as well as commitment and behavior change processes to produce psychological flexibility. Therefore, the aim of present study was to investigate the effect of Acceptance and Commitment Therapy on the sexual function and life satisfaction in women with substance use disorders.

Methods: This is a two-group pretest-posttest quasi-experimental research. The population of the study was all women with substance use disorders in Ghoochan- Iran. Thirty women with substance use disorder were selected through convenience Sampling. The participants (N=30) were assigned to the experimental and control groups in equal numbers. The participants in each group were matched for demographic characteristics with the comparison group. The participants were administered Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) and Female Sexual Function Indices (FSFI; Rosen et al., 2000). Following pre-test administration, the experimental group participated in 8 sessions of Acceptance and Commitment Therapy, while the control group did not receive any treatment. The post-test was administered at the conclusion of the treatment. Inclusion criteria were having substance use disorder, non-participation in other treatment programs during the study and informed consent. Exclusion criteria were absenteeism of more than one session, participation in the other psychotherapies and unwillingness to continue cooperating with the research project. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data through SPSS software version 22.

Results: The age average of participants in the experimental and control groups were 39.21±7.41 and 41.66±6.99 years, respectively. There were no significant differences between the two groups in the demographic characteristics, namely, age average, education and employment status. Results of multivariate covariance analysis showed that sexual function ($P<0.001$) and life satisfaction ($P<0.001$) average scores in the experimental group increased statistically significantly in comparison to the control group as shown in the scores obtained in the post-treatment test. Also, there were significant improvement in dimensions of sexual function average scores, namely desire ($P<0.001$), arousal ($P<0.001$), orgasm ($P<0.001$), satisfaction ($P<0.003$) and pain reduction ($P<0.003$) in the experimental group compared with control group at post-treatment.

Conclusion: It can be concluded that Acceptance and Commitment Therapy is useful for the improvement of sexual function. In addition, it increases life satisfaction in women with substance use disorders. As such, it is suggested that therapists should use this therapeutic approach for improving sexual function and life satisfaction among women with substance use disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Life Satisfaction, Sexual Function, Substance Use Disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷):۸۹.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان «پذیرش و تعهد» در رضایت از زندگی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد

*نسرین بک‌چالاکی[۱]، *احمد منصوری[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی عمومی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** خراسان رضوی، نیشابور، بلوار پژوهش، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، دانشکدهٔ علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

***تلفن:** ۴۲۶۲۱۳۲۳ـ ۰۵۱

***رایانامه:** Mansoury_am@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۱ اسفند ۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۱ فروردین ۱۳۹۶

چکیده

هدف: اختلال‌های مصرف مواد از اختلال‌های شایع و بسیار ناتوان‌کننده در زنان و مردان است که پیامدهای زیادی، ازجمله کاهش عملکرد جنسی و رضایت از زندگی، را در پی دارد. متخصصان بهداشت روانی برای پیشگیری و درمان این اختلال‌ها درمان‌های دارویی و روان‌شناختیِ متنوعی مثل سم‌زدایی، درمان نگه‌دارنده با متادون، نوروفیدبک، روان‌تحلیلی، درمان‌های رفتاری، درمان‌های شناختی‌ـ رفتاری، درمان‌های حمایتی، درمان‌های عقلانی‌ـ هیجانی و رفتاری را به‌صورت فردی یا گروهی استفاده می‌کنند. یکی از درمان‌هایی که می‌تواند در درمان اختلال‌های مصرف مواد و پیامدهای مرتبط با آن‌ها استفاده شود، درمان «پذیرش و تعهد» است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان «پذیرش و تعهد» در عملکرد جنسی و رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون برای گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد شهر قوچان بود که تعداد ۳۰نفر از آن‌ها به‌روش نمونه‌گیریِ در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و کنترل (۱۵نفر) جای‌دهی شدند. گروه‌ها ازنظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با یکدیگر همتا گردیدند. برای افراد گروه آزمایش، درمان «پذیرش و تعهد» در مداخلهٔ ۸جلسه‌ای انجام شد، درحالی‌که برای گروه کنترل چنین مداخله‌ای صورت نگرفت. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامهٔ «رضایت از زندگی» (۱۹۸۵) و «شاخص عملکرد جنسی» (۲۰۰۰) را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش به‌کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون، درمان «پذیرش و تعهد» باعث بهبود عملکرد جنسی (p=۰/۰۱) و ابعاد آن، یعنی میل (p=۰/۰۰۱)، برانگیختگی (p<۰/۰۰۱)، ارگاسم (p<۰/۰۰۱)، رضایت (p=۰/۰۰۳) و درد (p=۰/۰۰۳) و همچنین افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد گروه آزمایش درمقایسه با زنان گروه کنترل می‌شود (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان «پذیرش و تعهد» روش سودمندی برای بهبود عملکرد جنسی و افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف است و درمانگران می‌توانند از این رویکرد درمانی برای بهبود عملکرد جنسی و رضایت از زندگی مبتلایان به اختلال مصرف استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلال مصرف مواد، درمان «پذیرش و تعهد»، رضایت از زندگی، عملکرد جنسی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9]

۱ مقدمه

اختلال‌های مصرف مواد از اختلال‌های بسیار شایع، ناتوان‌کننده و با پیامدهای قابل‌توجه در سراسر جهان هستند (۱). ویژگی عمدهٔ این اختلال‌ها مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان‌دهندهٔ تداوم مصرف مواد به‌رغم مشکلات قابل‌توجه آن است (۲). عوامل متعددی ازجمله عدم بازداری رفتاری، تکانش‌گری، نوجویی، سبک‌های فرزندپروری، سبک‌های مقابله، مشکلات رفتاری، زندگی در یک‌محیط بی‌ثبات یا توأم با بدرفتاری و مشکلات روان‌شناختی می‌توانند افراد را درمعرض خطر مصرف مواد قرار دهند (۲/۳). برآورد «دفتر پیش‌گیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل» (۴) نشان می‌دهد که ۲۴۶ میلیون نفر یا یک‌بیستم افراد ۱۵ تا ۶۴ سال از یک‌مادهٔ غیرقانونی در سال ۲۰۱۳ استفاده کرده‌اند. طبق گزارش «مؤسسهٔ ملی استفاده از داروی ایالات‌متحدهٔ آمریکا» (۵) ۱۵/۸ میلیون‌نفر یا ۱۲/۹ درصد زنان ۱۸ ساله یا بزرگ‌تر، از مواد غیرقانونی در سال ۲۰۱۳ استفاده کرده‌اند. در هر سه‌دقیقه یک‌زن به‌علت مصرف یا سوءمصرف داروهای مسکن به بخش اورژانس مراجعه کرده است. ۴/۶ میلیون زن یا ۳/۸ درصد زنان ۱۸ ساله و بزرگ‌تر سوءمصرف داروهای تجویزشده را گزارش کرده‌اند. برآورد شده است که از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۹، مصرف تنباکو علت ۱۰۱۵ مرگ نوزاد در هرسال بوده است. هرچند زنان دلایل خاصی مثل کنترل وزن، مبارزه با خستگی، مقابله با درد، خوددرمانی و مشکلات بهداشت روان را مطرح می‌کنند، اما اختلال مصرف مواد پیامدهای ناخوشایندی را برای زنان (وقوع حملات وحشت‌زدگی، اضطراب، افسردگی، سقط‌جنین غیرعمدی، مرده‌زایی، میگرن، حملات صرع و فشارخون بالا در زنان باردار) و برای فرزندان آن‌ها (وزن پایین نوزاد، نقایص هنگام تولد، اندازهٔ کوچک سر، نارس‌بودن، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، تأخیر رشدی، مشکلات یادگیری، حافظه و کنترل هیجانی) به‌همراه دارد (۵). درمجموع، اختلال‌های مصرف مواد می‌توانند سبب عوارض و پیامدهای جسمانی، رفتاری و روانی، اجتماعی، خانوادگی، شغلی و اقتصادی و تداخل دارویی، و در موارد حاد باعث مرگ شوند (۱،۴،۶).

اختلال‌های مصرف مواد با عملکرد جنسی هم مرتبط هستند و می‌توانند عملکرد جنسی را تحت‌تأثیر قرار دهند (۲،۷،۸،۹،۱۰). اختلال‌های عملکرد جنسی معمولاً با ناراحتی یا ناتوانی بالینی زیاد در پاسخ‌دهی جنسی یا تجربهٔ لذت جنسی مشخص می‌شوند (۲). دیل و همکاران (۸) دریافتند که علائم کژکاری جنسی در زنان مبتلا به اختلال‌های مرتبط با مواد، شایع است. گروور و همکاران (۱۰) در بررسی مروری خود دریافتند که افراد مبتلا به اختلال مصرف هروئین یا افراد تحت‌درمان نگه‌دارنده با متادون و بوپرنورفین نرخ‌های بالاتری از کژکاری جنسی را درمقایسه با جمعیت بهنجار نشان می‌دهند. شایع‌ترین کژکاری‌های جنسیِ گزارش‌شده شامل اختلال نعوظی، انزال زودرس و دیررس در مردان و همچنین مقاربت دردناک و خشکی واژن در زنان است. این کژکاری‌ها سبب عدم‌پایبندی به درمان و ناسازگاری جنسی یا زناشویی می‌شوند. تجارب بالینی نیز نشان می‌دهد که یکی از دلایل عمدهٔ عدم‌همکاری درمانی و قطع‌مصرف متادون و بازگشت مجدد به مصرف‌مواد بروز عوارض مرتبط با اختلال عملکرد جنسی است (۱۰،۱۱).

اختلال‌های مصرف مواد، رضایت از زندگی را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهند (۱۲،۱۳،۱۴). بررسی پیشینهٔ پژوهش نشان می‌دهد که رابطهٔ معناداری بین اختلال‌های مصرف مواد و رضایت از زندگی وجود دارد (۱۲،۱۳،۱۴،۱۵). رضایت از زندگی به ارزیابی شناختی هرفرد از زندگی خود اشاره دارد (۱۶). بوگارت و همکاران (۱۲) با انجام یک‌بررسی طولی دریافتند که مصرف مواد در نوجوانان، رضایت از زندگی در دورهٔ بزرگ‌سالی را کاهش می‌دهد. زالینگ و همکاران (۱۳) گزارش کردند که مصرف سیگار، تنباکو، ماری‌جوانا، کوکائین، مصرف منظم الکل، شراب‌خواری، تزریق دارو و استفاده از آستروئیدها با کاهش رضایت از زندگی رابطه دارد. زیریهان و همکاران (۱۴) دریافتند که رابطهٔ معکوسی بین رضایت از زندگی و مصرف الکل در بین دانشجویان وجود دارد.

برای پیشگیری و درمان این اختلال‌ها، درمان‌های دارویی و روان‌شناختی متنوعی ازجمله سم‌زدایی، درمان نگه‌دارنده با متادون، نوروفیدبک، روان‌تحلیلی، درمان‌های رفتاری، شناختی‌ـ رفتاری، حمایتی، عقلانی‌ـ هیجانی‌ـ رفتاری و همچنین برنامهٔ غنی‌سازی و ارتقای زندگی به‌صورت فردی یا گروهی وجود دارد که متخصصان بهداشت روانی استفاده می‌کنند (۷،۱۷). یکی از درمان‌هایی که می‌تواند در درمان اختلال‌های مصرف مواد استفاده شود، درمان «پذیرش و تعهد» است. درمان «پذیرش و تعهد» یک‌رویکرد مداخله‌ای شناختی‌ـ رفتاری است که از فرایندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار، برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (۱۸). هدف این درمان، تغییر افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی می‌شوند، به شکل جدیدتر، یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک‌زندگی غنی و معنادار هستند، است (۱۹). پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهند که این مداخله در درمان بسیاری از ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد ازجمله افسردگی (۲۰)، ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان (۲۱) موفقیت‌آمیز بوده است.

در بررسی پیشینهٔ پژوهش، مطالعه‌ای دربارهٔ اثربخشی درمان «پذیرش و تعهد» در عملکرد جنسی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مشاهده نشد، ولی در مطالعهٔ مارین (۲۲) شواهدی از کاربرد موفقیت‌آمیز درمان «پذیرش و تعهد» درمورد یک‌مرد ۳۰ ساله که مشکلاتی در پذیرش گرایش دوجنس‌گرا و اختلال نعوظ خود داشت، ارائه شده است. همچنین، مطالعه‌ای دربارهٔ اثربخشی درمان «پذیرش و تعهد» در رضایت از زندگی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد یافت نشد، ولی نتایج مطالعات حاکی از آن است که این درمان در رضایت از زندگی افراد مبتلا به سایر اختلال‌ها مثل درد مزمن (۲۳) و گروهی از بیماران سرپایی دارای سطوح متوسط تا شدید اضطراب و افسردگی (۲۴) مؤثر بوده است. باتوجه‌به شیوع بالای اختلال مصرف مواد در زنان، اهمیت سلامت جسمی و روانی زنان و اثر آن بر افراد مرتبط با آن‌ها، میزان بالای شکست در درمان دارویی و افزایش عود، حتی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9]

باوجود موفقیت اولیه در سـم‌زدایی، نیاز مراکز درمانی به برنامه‌های روان‌درمانی جدید برای درمان این اختلال‌ها و پیامدهای ناشـی از آن، مثل اختلال عملکرد جنسـی و کاهش رضـایت از زندگی و همچنین اندک‌بودن پژوهش‌ها در این زمینه، هدف اصـلی پژوهش حاضـر بررسـی اثربخشـی درمان «پذیرش و تعهد» در عملکرد جنسـی و رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر ازنظر هدف، جزو پژوهش‌های کاربردی و ازنظر شیوهٔ گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های آزمایشـی با پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون برای گروه کنترل محسوب می‌شود. جامعهٔ آماریِ این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال مصـرف مواد شـهر قوچان تشـکیل می‌داد. نمونهٔ بررسـی شـامل ۳۰نفر از زنان مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد «امید» شـهر قوچان بود که به روش نمونه‌گیریِ در دسـترس انتخاب و به‌تصادف در دوگروه آزمایش (۱۵نفر) و کنترل (۱۵نفر) قرار گرفتند. یک‌نفر از افراد گروه آزمایش باتوجه به معیارهای خروج، از گروه آزمایش خارج و به‌دلیل همتاسازی انجام‌شده بین دوگروه، یک‌نفر نیز از گروه کنترل خارج شد. با استفاده از ابزارهای پژوهش از هردوگروه پیش‌آزمون به‌عمل آمد؛ سـپس درمان «پذیرش و تعهد» در ۸جلسـهٔ ۴۵-۶۰دقیقه‌ای (هرهفته، یک‌جلسـه) برای گروه آزمایش اجرا شـد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشـد. پس از پایان این مدت برای مقایسـهٔ اثر این مداخله از هر دوگروه، پس‌آزمون به‌عمل آمد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دوگروه با یکدیگر مقایسه شد. معیار ورود برای زنان جامعهٔ آماری، ابتلا به اختلال مصـرف مواد، عدم‌شـرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و رضـایت آگاهانهٔ آن‌ها بود. معیارهای خروج نیز شـامل غیبت بیش‌از یک‌جلسه در درمان، شرکت همزمان در سایر جلسات روان‌درمانی و عدم‌تمایل به ادامهٔ همکاری در پژوهش بود. داده‌های پژوهش به‌کمک نرم‌افزار آماری SPSSنسـخهٔ ۲۲ و با اسـتفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شـدند. برای بررسـی متغیرهای پژوهش از مقیاس رضایت از زندگی و شاخص عملکرد جنسی زنان استفاده شد.

مقیاس رضـایت از زندگی: ابزاری اسـت ۵ماده‌ای که دینر و همکاران در سـال ۱۹۸۵ سـاخته‌اند. در این مقیاس از شـرکت‌کنندگان خواسـته می‌شود که با استفاده از یک‌مقیاس لیکرت ۷درجه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) به سـؤال‌ها پاسـخ دهند. آن‌ها اعتبار آزمون را به‌روش همسـانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی، به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش کردنـد؛ همچنین دریـافتنـد کـه این مقیـاس از روایی همگرای خوبی برخوردار اسـت (۱۶). دائمی و جوشـنلو (۲۵) اعتبار آزمون را به‌روش همسـانی درونی و بازآزمایی، به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۲ گزارش کردند؛ همچنین نشـان دادند که این آزمون از روایی هم‌گرای خوبی برخوردار است.

شـاخص عملکرد جنسـی زنان: ابزاری اسـت ۱۹ماده‌ای که روزن و همکاران (۲۶) برای اندازه‌گیری عملکرد جنسـی زنان سـاخته‌اند. این مقیاس، عملکرد جنسـی زنان را در شـش‌حوزهٔ میل جنسـی، تهییج جنسی، رطوبت مهبلی، اوج لذت جنسی، رضایت‌مندی و درد جنسی می‌سنجد. نمرهٔ بیشـتر در این شـاخص نشـانگر عملکرد بهتر جنسـی است. روزن و همکاران اعتبار آزمون را به‌روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای نمرهٔ کل آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن ۰/۸۹ و بالاتر گزارش کردند. محمدی، حیدری و فقیه‌زاده (۲۷) اعتبار آزمون را به‌روش همسـانی برای نمرهٔ کل آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن ۰/۷۰ و بالاتر گزارش کردند. آن‌ها همچنین گزارش کردند که این آزمون از روایی افتراقی مناسبی برخوردار است.

درمان «پذیرش و تعهد»: جلسـات درمانی «پذیرش و تعهد» براسـاس کتاب «پذیرش و تعهد» هیز، استروسال و ویلسون (۲۸) به‌شرح زیر تدوین و اجرا شد:

ـــ جلسـهٔ اول: خوش‌آمدگویی و آشـنایی اعضـای گروه با درمانگر و یکدیگر، ایجاد ارتباط با اعضـای گروه، شـرح اهداف و قوانین گروه (عدم غیبت، شـرکت به‌موقع در جلسـات، انجام تکالیف، بیان اصـل رازداری و احترام متقابل اعضـای گروه به یکدیگر، آموزش روانی و توصیف کلی از رویکرد درمانی)؛

ـــ جلسهٔ دوم: ایجاد بینش در اعضا دربارهٔ مشکل و به چالش‌کشیدن کنترل، معرفی تمایل به‌عنوان پاسـخی دیگر. بحث دربارهٔ تجربیات و ارزیابی آن‌ها، شـناسـایی موانع در زندگی یا محل کار خود و ایجاد ناامیدی خلاقانه؛

ـــ جلسـهٔ سـوم: بررسـی تکلیف و مرور جلسـهٔ قبل، معرفی و کاربرد تکنیک‌های گسـلش شـناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان؛

ـ جلسهٔ چهارم: بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، کاربرد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، الگوسـازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان یک فرآیند؛

ـــ جلسـهٔ پنجم: بررسـی تکلیف و مرور جلسـهٔ قبل، مشـاهدهٔ خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر؛

ـ جلسهٔ ششم: بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، معرفی مفهوم ارزش و شناسایی ارزش‌های زندگی اعضا و سنجش ارزش‌ها برمبنای میزان اهمیت آن‌ها؛

ـــ جلسهٔ هفتم: بررسی تکلیف و مرور جلسهٔ قبل، ارائهٔ راهکارهای عملی برای رفع موانع ارزش‌ها، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها؛

ـ جلسهٔ هشتم: جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده طی جلسات، درخواست اعضا برای توضیح دستاوردهای‌شان از گروه.

۳ یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگانِ گروه آزمایش و گروه کنترل به‌ترتیب ۳۹/۲۱±۷/۴۱ و ۴۱/۶۶±۶/۹۹ بود. به‌علاوه، تفاوت معناداری بین میانگین سنی دوگروه وجود نداشت. بین میزان تحصیلات دوگروه آزمایش (به‌ترتیب ۳، ۵، ۳، ۲ و ۱ نفر ابتدایی، راهنمایی، دیپلم، فوق‌دیپلم و کارشناسی) و گروه کنترل (به‌ترتیب ۲، ۴، ۵ و ۳ نفر ابتدایی، راهنمایی، دیپلم، فوق‌دیپلم) تفاوت معنادار وجود نداشت؛ همچنین بین وضعیت شغلی گروه آزمایش (۴نفر شاغل، ۱۰ نفر بیکار) و گروه کنترل (۵نفر شاغل، ۹نفر بیکار) نیز تفاوت معنادار وجود نداشت.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش و باهدف حذف اثر پیش‌آزمون،

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9]

از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. ابتدا برای بررسی پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس و همگنی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس متغیرها از آزمون «شاپیروـ ویلک»، آزمون «لون» و آزمون «باکس» استفاده شد. نتایج آزمون «شاپیروـ ویلک» نشان داد که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نُرمال هستند. همچنین نتایج آزمون «لون» نشان داد که واریانس همهٔ متغیرهای پژوهش بین دوگروه برابر است و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند. علاوه‌براین، نتایج آزمون «باکس» دربارهٔ عملکرد جنسی و رضایت از زندگی (p>۰/۰۵، F=۰/۵۱، BOX'S M =۱/۶۸) و همچنین ابعاد عملکرد جنسی (p>۰/۰۵، F=۰/۸۵، BOX'S M =۲۳/۶۲) نشان داد که پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس برقرار است. برای تعیین معناداری اثر درمان برای متغیرهای پژوهش از آماره چندمتغیری «لامبدای ویلکز» استفاده شد. نتایج این آزمون برای عملکرد جنسی و رضایت از زندگی (p<۰/۰۰۱، F =۵۲/۲۷) و همچنین ابعاد عملکرد جنسی (p<۰/۰۰۱، F =۷/۰۸) معنادار بود. از این‌رو، این رویکرد درمانی، دست‌کم بر یکی از متغیرهای پژوهش اثر معنادار دارد. آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نیز برای گروه‌های آزمایش و کنترل، به‌جز بُعد رضایت جنسی یکسان بود؛ پس استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلامانع است. یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف‌معیار و همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط‌به متغیرهای رضایت از زندگی، عملکرد جنسی و ابعاد عملکرد جنسی پس از حذف اثر پیش‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط‌به متغیرهای رضایت از زندگی، عملکرد جنسی و ابعاد عملکرد جنسی.

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار *p*	اتا
رضایت از زندگی	آزمایش	۱۱/۹۲	۴/۳۰	۱۴/۵۰	۳/۱۵	۳۴/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
	کنترل	۱۰/۲۰	۲/۸۰	۱۰/۰۶	۲/۷۳			
نمره‌کل‌عملکرد جنسی	آزمایش	۱۳/۰۷	۱/۶۸	۱۶/۶۳	۱/۴۰	۶۷/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
	کنترل	۱۳/۳۵	۱/۵۹	۱۲/۸۵	۱/۸۰			
میل جنسی	آزمایش	۲/۴۴	۰/۷۹	۳/۲۶	۰/۷۷	۱۷/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۵
	کنترل	۲/۶۰	۰/۷۷	۲/۴۰	۰/۸۱			
برانگیختگی	آزمایش	۲/۱۴	۰/۴۶	۳/۱۰	۰/۵۳	۲۸/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۷
	کنترل	۲/۰۶	۰/۳۹	۲/۰۴	۰/۴۸			
رطوبت	آزمایش	۲/۸۷	۰/۳۲	۳/۱۷	۰/۵۱	۳/۲۹	۰/۰۸۴	۰/۱۳
	کنترل	۲/۵۹	۰/۵۳	۲/۵۶	۰/۶۱			
ارگاسم	آزمایش	۱/۵۶	۰/۳۴	۱/۸۳	۰/۳۹	۱۴/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	کنترل	۱/۵۰	۰/۳۴	۱/۴۲	۰/۲۷			
رضایت‌جنسی	آزمایش	۲/۰۲	۰/۵۷	۲/۶۲	۰/۶۶	۱۱/۴۹	۰/۰۰۳	۰/۳۵
	کنترل	۲/۱۹	۰/۵۶	۲/۰۶	۰/۴۷			
درد جنسی	آزمایش	۲/۱۴	۰/۷۷	۲/۸۹	۰/۶۱	۱۱/۳۲	۰/۰۰۳	۰/۳۵
	کنترل	۲/۴۰	۰/۶۷	۲/۳۷	۰/۶۱			

نتایج مقایسهٔ پس‌آزمون‌های دوگروه نشان داد که تفاوت معناداری بین دوگروه در رضایت از زندگی (*p*<۰/۰۰۱)، عملکرد جنسی (*p*<۰/۰۰۱) و ابعاد عملکرد جنسی، یعنی میل جنسی (*p*<۰/۰۰۱)، انگیختگی (*p*<۰/۰۰۱)، ارگاسم (*p*<۰/۰۰۱)، رضایت جنسی (*p*=۰/۰۰۳) و درد جنسی (*p*=۰/۰۰۳) وجود دارد و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در این ابعاد به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. بااین‌وجود، تفاوت معناداری بین دوگروه آزمایش و کنترل در بُعد رطوبت وجود نداشت (*p*=۰/۰۸۴).

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان «پذیرش و تعهد» در عملکرد جنسی و رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان «پذیرش و تعهد» اثر معناداری بر بهبود عملکرد جنسی و افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد دارد. نتایج پژوهش حاکی از آن است که گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل، پس از انجام مداخله‌های درمانی با رویکرد «پذیرش و تعهد»، تغییر معناداری در رضایت از زندگی و عملکرد جنسی خود (به‌عنوان یکی از عوامل مرتبط با نارضایتی از زندگی) داشته‌اند. نمرهٔ عملکرد جنسی و رضایت از زندگی افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند درمقایسه با آن‌هایی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان «پذیرش و تعهد» منجربه بهبود

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9]

عملکرد جنسی و افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد می‌شود.

پژوهشی همسو یا ناهمسو با یافته‌های این پژوهش مشاهده نشد، اما نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مطالعات قبلی دربارهٔ انواع دیگر درمان‌های موج سوم (مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی) نشان داد که درمان «پذیرش و تعهد» اثر معناداری در افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد دارد (۷،۲۹)؛ برای مثال، قادری نجف‌آبادی و همکاران (۲۹) با بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت‌توان‌بخشی دریافتند که ذهن‌آگاهی سبب افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا می‌شود. شهرستانی گیسور (۷) نیز در بررسی خود نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش رضایت از زندگی زنان و مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت‌درمان «نگه‌دارنده با متادون» مؤثر است. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مارین (۲۲) است که نشان داد درمان «پذیرش و تعهد» اثر معناداری در عملکرد جنسی دارد. مارین (۲۲) با انجام یک‌مطالعهٔ موردی دربارهٔ یک‌مرد ۳۰سالهٔ دارای مشکل پذیرش گرایش دوجنس‌گرا و اختلال نعوظ، شواهدی از کاربرد موفقیت‌آمیز «درمان پذیرش و تعهد» ارائه کرد. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت هدف اصلی درمان «پذیرش و تعهد» انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۳۰). از این‌رو، در درمان «پذیرش و تعهد» از فرایندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد استفاده می‌شود (۱۸). درکل، تمام اصول و فرایندهای موجود در این درمان منجربه کاهش تلاش درزمینهٔ اجتناب از افکار و موقعیت‌های مرتبط با اختلال مصرف مواد و پیامدهای ناشی از آن، ازجمله عملکرد جنسی، کاهش الگوهای توجه مشکل‌زا به‌منظور کاهش خطاهای شناختی (نشخوار فکری و فاجعه‌آمیزسازی، افزایش پذیرش افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی مرتبط با اختلال و کژکاری‌های مرتبط)، شناسایی، بازنگری، ایجاد و هدایت افراد به‌سمت اهداف و ارزش‌های زندگی و همچنین افزایش تعهد و عمل به اهداف هماهنگ با ارزش‌های انتخابی‌شان می‌شود؛ عواملی که سبب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا و درنتیجه بهبود اختلال مصرف مواد، بهبود عملکرد جنسی و افزایش رضایت از زندگی می‌شوند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان «پذیرش و تعهد» تأثیر معناداری در بهبود عملکرد جنسی و همچنین افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد دارد و درمانگران می‌توانند نقش و اثر این شیوهٔ درمانی را در بهبود عملکرد جنسی و رضایت از زندگی این زنان درنظر بگیرند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9]

References

1. Grant S, Kandrack R, Motala A, Shanman R, Booth M, Miles J, et al. Acupuncture for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. Drug & Alcohol Dependence. 2016; 163:1–15. [Link]
2. Association AP, others. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. [Link]
3. Davoudi I, Eshrati T, Zargar Y, Hashemi sheikh shabani E. A study of structural relations of some psychological risk and protective factors of addiction potential. Clinical Psychology & Personality. 2014 Sep 15; 2 (10): 99–116. [Persian] [Link]
4. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. World drug report 2015. New York: United Nations publication; 2015. [Link]
5. Abuse NI on D. Substance Use in Women. 2015. [Link]
6. Shahrestani Gisuor A. The effectiveness of mindfulness-based interventions on the decreasing stress and on improvement of therapeutic indicates of addiction in addicts under Methadone Maintenance Treatment (MMT). [MA Thesis]. [Kerman]: Islamic Azad University of Kerman; 2015. [Persian]
7. Bang-Ping J. Sexual Dysfunction in Men Who Abuse Illicit Drugs: A Preliminary Report. The Journal of Sexual Medicine. 6 (4): 1072–1080. [Link]
8. Diehl A, da Silva RL, Laranjeira R. Female sexual dysfunction in patients with substance-related disorders. Clinics (Sao Paulo). 2013; 68 (2): 205–211. [Link]
9. Kopetz CE, Reynolds EK, Hart CL, Kruglanski AW, Lejuez CW. Social context and perceived effects of drugs on sexual behavior among individuals who use both heroin and cocaine. Exp Clin Psychopharmacol. 2010; 18 (3): 214–220. [Link]
10. Grover S, Mattoo SK, Pendharkar S, Kandappan V. Sexual Dysfunction in Patients with Alcohol and Opioid Dependence. Indian J Psychol Med. 2014; 36 (4): 355–365. [Link]
11. Bliesener N, Albrecht S, Schwager A, Weckbecker K, Lichtermann D, Klingmüller D. Plasma testosterone and sexual function in men receiving buprenorphine maintenance for opioid dependence. J Clin Endocrinol Metab. 2005; 90 (1): 203–206. [Link]
12. Kheirabadi GR, Salehi M, Golafshan N, Maracy MR. Sexual Dysfunction of Men on Methadone Maintenance Treatment MMT and Its, Relation with Methadone Dose and Blood Level of Testosterone and Prolactine. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. 2012; 34 (12). [Persian] [Link]
13. Bogart LM, Collins RL, Ellickson PL, Klein DJ. Are Adolescent Substance Users Less Satisfied with Life as Young Adults and if so, Why? Soc Indic Res. 2007; 81 (1): 149–169. [Link]
14. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Oeltmann JE, Drane JW. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. Journal of Adolescent Health. 2001; 29 (4): 279–288. [Link]
15. Zerihun N, Birhanu Z, Kebede Y. Does life satisfaction correlate with risky behaviors? Finding from Ethiopian higher education students. GJASR 2014; 1: 1-12. [Link]
16. Pavot W, Diener E. The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. The Journal of Positive Psychology. 2008; 3 (2): 137–152. [Link]
17. Kazemeini T, Abdekhodaei MS. Studying the effectiveness of Group Therapy Based Life Enrichment and Enhancement Program on improvement of Therapeutic Indicates of Addiction in Dependent Men to Opiate. Advances in Nursing & Midwifery. 2014; 23 (82). [Link]
18. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. Behav Ther. 2013; 44 (2): 180–198. [Link]
19. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science & Business Media; 2004. [Link]
20. Rezaei Mirghaed M, Karimi R, Rahravi M, Mosaddegh K. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on reduce co-morbid depression in drug-dependent peoples. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2016; 6. [Persian] [Link]
21. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The Comparison of the Efficacy of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy, and Mindfulness on Craving and Cognitive Emotion Regulation in Methamphetamine Addicts. research on addiction. 2013; 6 (24): 27–36. [Persian] [Link]
22. Marín FM. Orientación del deseo sexual y trastornos de la erección: un estudio de caso. Análisis y modificación de conducta. 2003; 29 (124): 291–320. [Link]
23. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey NJ, Johnson A. The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. Clin J Pain. 2010; 26 (5): 393–402. [Link]
24. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behav Modif. 2007; 31 (6): 772–799. [Link]
25. Daemi F, Joshanloo M. Surveying Validity and Reliability of Satisfaction with Life Scale in Students. Clinical

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9]

Phsychology & Personality. 2015; 2 (11): 135–144. [Link]
26. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000; 26 (2): 191–208. [Link]
27. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. Payesh 2008; 7 (3): 269-278. [Persian].[Link]
28. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press; 1999. [Link]
29. Ghaderi-Najafabadi M, Soleimani-Najafabadi R, Moradi-Soroush M, Habibollahi S. The effectiveness of mindfulness techniques training on life orientation, life satisfaction, and acceptance and action in addicted women undergoing rehabilitation. J Res Behav Sci 2016; 1 (14): 41-49. [Persian]. [Link]
30. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. The Counseling Psychologist. 2012; 40 (7): 976–1002. [Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.81.9]