

اثربخشی درمان فراشناخت بر خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی زنان

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۳/۰۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷

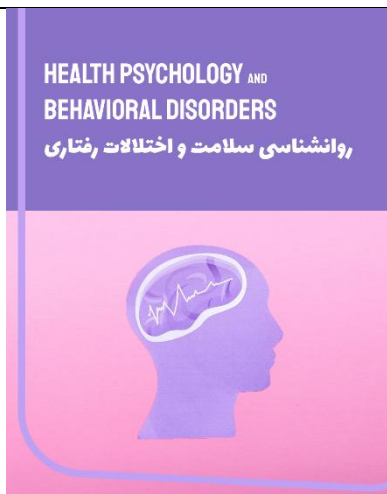
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراشناخت بر خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی زنان بود. پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سبزوار در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه‌ای شامل ۴۵ زن به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هرکدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارها شامل مقیاس رضایت جنسی هادسون و همکاران (۱۹۸۱) و مقیاس خودابرازگری جنسی همسران اسنل، بل و کلارک (۱۹۹۷) بود. مداخله بر اساس درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۰) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی برگزار شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان فراشناخت موجب افزایش معنی‌دار خودابرازگری جنسی ($F=28.09, p<.001$) و رضایت جنسی ($F=17.76, p<.001$) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. همچنین اثر مراحل مداخله آموزشی بر خودابرازگری جنسی ($F=46.73, p<.001$) و رضایت جنسی ($F=66.9, p<.001$) معنادار بود. آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در هر دو متغیر معنادار بود، در حالی که بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نتایج حاکی از پایداری اثر درمان تا دو ماه پس از پایان مداخله بود. درمان فراشناختی با اصلاح باورهای ناکارآمد، کاهش افکار مزاحم و بهبود تنظیم هیجانی، توانست موجب افزایش خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی زنان شود. ماندگاری این نتایج در دوره پیگیری بیانگر کارایی بلندمدت این رویکرد در ارتقای سلامت جنسی و کیفیت روابط زناشویی است.

کلیدواژه‌گان: درمان فراشناخت، خودابرازگری جنسی، رضایت جنسی، زنان



علی اکبر آزاداری^۱، محسن دوستکام^{۲*}، براتعلی قوامی^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بخنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲. گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران.

۳. گروه مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: m.doostkam@attar.ac.ir

شیوه استناددهی: آزاداری، علی اکبر، دوستکام، محسن، و قوامی، براتعلی. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراشناخت بر خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی زنان. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*, ۳(۴), ۱-۱۴.

The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Sexual Self-Disclosure and Sexual Satisfaction in Women

Submit Date: 2025-05-23

Revise Date: 2025-06-07

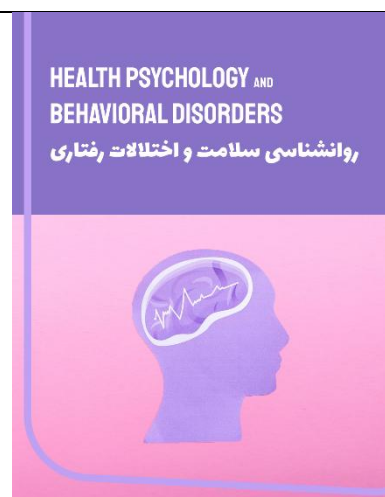
Accept Date: 2025-11-08

Publish Date: 2025-12-22

Abstract

The purpose of this study was to examine the effectiveness of metacognitive therapy (MCT) on sexual self-disclosure and sexual satisfaction in women. This quasi-experimental study used a pretest–posttest control group design with a follow-up period. The statistical population included all women referring to counseling centers in Sabzevar in 2022. Forty-five women were randomly assigned to two experimental groups (15 each) and one control group (15). The Sexual Satisfaction Scale (Hudson et al., 1981) and the Sexual Self-Disclosure Questionnaire (Snell, Bell, & Clark, 1997) were used for data collection. The intervention followed Wells' (2000) metacognitive therapy protocol across eight 90-minute group sessions. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) and repeated-measures ANOVA in SPSS. Findings revealed that metacognitive therapy significantly improved sexual self-disclosure ($F=28.09$, $p<0.001$) and sexual satisfaction ($F=17.76$, $p<0.001$) compared to the control group. The effect of intervention phases was also significant for sexual self-disclosure ($F=46.73$, $p<0.001$) and sexual satisfaction ($F=6.69$, $p<0.001$). Bonferroni post hoc tests indicated significant differences between pretest and both posttest and follow-up, but not between posttest and follow-up, confirming the stability of treatment effects two months after the intervention. Metacognitive therapy effectively enhanced sexual self-disclosure and satisfaction among women by modifying dysfunctional beliefs, reducing intrusive thoughts, and improving emotional regulation. The persistence of these outcomes during follow-up suggests the long-term efficacy of MCT in promoting sexual health and marital relationship quality.

Keywords: *Metacognitive therapy, sexual self-disclosure, sexual satisfaction, women*



Ali Akbar. Azadvari¹, Mohsen. Doustkam^{2*}, Baratali. Ghavami³

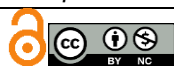
1. Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

2. Department of Consulting, Attar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

3. Department of Consulting, Qu.C., Islamic Azad University, Quchan, Iran

*Corresponding Author's Email: m.doustkam@attar.ac.ir

How to cite: Azadvari, A. A., Doustkam, M., & Ghavami, B. (2025). The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Sexual Self-Disclosure and Sexual Satisfaction in Women. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(4), 1-14.



مقدمه

رضایت جنسی به عنوان یکی از ابعاد اساسی سلامت روانی و زناشویی، نقشی تعیین کننده در ثبات و پویایی روابط خانوادگی دارد. کیفیت زندگی زناشویی، تا حد زیادی به میزان رضایت افراد از روابط جنسی خود وابسته است، به طوری که رضایت جنسی بالا به افزایش انسجام عاطفی و رضایت کلی از ازدواج منجر می شود. در حالی که ناراضی جنسی اغلب با بروز تعارضات زناشویی و ناپایداری خانواده همراه است (Nelson, Coffey, 2018). در مقابل، ناهماهنگی های جنسی نه تنها می توانند منبع اصلی تعارض در زندگی مشترک باشند، بلکه با افزایش اضطراب، افسردگی، احساس ناکامی و حتی طلاق رابطه مستقیم دارند (Norwood, 2018). از این رو، سلامت جنسی و روانی زنان به عنوان محور اصلی پایداری روابط زناشویی، موضوعی اساسی در روانشناسی سلامت و مشاوره خانواده محسوب می شود.

پژوهش ها نشان داده اند که رضایت جنسی نه تنها حاصل عملکرد فیزیولوژیکی مطلوب، بلکه محصول فرآیندهای شناختی و هیجانی پیچیده ای است که ادراک فرد از رابطه، نگرش نسبت به بدن و توانایی ابراز نیازها را دربرمی گیرد (Sommet & Berent, 2022). یکی از مؤلفه های مهم در این زمینه، «خودابرازگری جنسی» است که به توانایی فرد در بیان صریح و سالم تمایلات، نیازها و مرزهای جنسی اشاره دارد. خودابرازگری جنسی مؤثر، رابطه ای باز، امن و رضایت بخش را میان زوجین تقویت می کند و از احساس خجالت یا سرکوب هیجانات جنسی جلوگیری می نماید (Rashedi et al., 2022). در مقابل، ضعف در خودابرازگری جنسی می تواند سبب ایجاد سوء تفاهم، اضطراب عملکردی و ناراضی مزمن در رابطه شود.

در دهه های اخیر، رویکردهای روان درمانی نوین برای ارتقای سلامت جنسی زنان، به ویژه در میان افرادی که از اضطراب و پریشانی جنسی رنج می برند، رشد قابل توجهی داشته است. از میان این رویکردها، درمان فراشناختی (Metacognitive Therapy - MCT) به عنوان یکی از روش های مؤثر در تنظیم شناخت و هیجان مورد توجه قرار گرفته است. درمان فراشناختی نخستین بار توسط ولز معرفی شد و بر این اصل استوار است که اختلالات روانی ناشی از نحوه نادرست برخورد با افکار و هیجانات، نه خود افکار، هستند (Wells, 2008). به بیان دیگر، فراشناخت ها، یعنی باورها و نگرش هایی که افراد درباره فرایندهای فکری خود دارند، نقش تعیین کننده ای در تداوم اضطراب ها و نگرانی های مرتبط با عملکرد جنسی دارند.

درمان فراشناختی با تمرکز بر اصلاح این باورها و آموزش مهارت های تنظیم ذهن، به افراد کمک می کند تا از چرخه افکار مزاحم و خودانتقادی مفرط رها شوند. این رویکرد، در حوزه سلامت جنسی نیز مؤثر واقع شده است؛ به طوری که زنان با یادگیری فاصله گیری شناختی، در مواجهه با اضطراب های جنسی، نگرانی از عملکرد یا تصویر بدنی، واکنش های سالم تری نشان می دهند و در نتیجه، کیفیت تجربه جنسی آنان افزایش می یابد (Heffer-Rahn & Fisher, 2018).

پژوهش های متعدد به اثربخشی درمان فراشناختی بر جنبه های مختلف عملکرد جنسی اشاره کرده اند. در مرور نظام مند آکسان، مشخص شد که درمان فراشناختی به طور چشمگیری موجب کاهش اضطراب جنسی و افزایش رضایت از روابط زناشویی در زنان می شود (Aksan, 2021). این درمان از طریق تقویت آگاهی نسبت به افکار، اصلاح باورهای ناکارآمد و آموزش استراتژی های مقابله ای شناختی، اضطراب و گناه جنسی را کاهش می دهد. از سوی دیگر، استیفنسون و کرث در فراتحلیل خود گزارش کردند که درمان های مبتنی بر فراشناخت در زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی، تأثیر معناداری بر بهبود رضایت جنسی و ابعاد روانی رابطه جنسی دارد (Stephenson & Kerth, 2017).

با این حال، مطالعات جدید نشان داده اند که نقش باورهای فراشناختی فراتر از اضطراب و نگرانی های جنسی است و حتی می تواند بر میل جنسی و رفتارهای وسواسی جنسی نیز تأثیرگذار باشد. الیوری و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که باورهای فراشناختی منفی و تفکر مبتنی بر میل، از عوامل تداوم بخش رفتارهای جنسی اجباری محسوب می شوند (Olivari et al., 2025). این یافته بیانگر آن است که اصلاح باورهای فراشناختی نه تنها به بهبود رضایت جنسی کمک می کند بلکه می تواند از بروز الگوهای ناسالم در رفتارهای جنسی جلوگیری کند.

در زمینه‌ی سلامت جنسی زنان، مداخلات درمانی مختلفی از جمله درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز اثربخشی قابل توجهی داشته‌اند. پژوهش‌های سارابی و همکاران نشان داده‌اند که این رویکرد موجب افزایش جرأت‌ورزی و ابرازگری جنسی و کاهش احساس گناه و کم‌رویی جنسی در زنان مبتلا به اختلالات جنسی می‌شود (Sarabi et al., 2019). به‌طور مشابه، پژوهش قلیان‌نوذری و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد جنسی و عملکرد جنسی زنان باردار تأثیر مثبت دارد (Gholiyan Nozari et al., 2019). همچنین کوهی کمالی و همکاران دریافتند که این درمان می‌تواند رضایت جنسی زنان نابارور را به میزان قابل توجهی افزایش دهد (Kouhi Kamali et al., 2020). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات شناختی-رفتاری و مبتنی بر پذیرش، از طریق تغییر باورهای ذهنی و افزایش خودپذیری، در بهبود کیفیت روابط جنسی نقش مؤثری دارند.

افزلی و فرخزادیان نیز در پژوهشی بر روی زنان متأهل مبتلا به افسردگی گزارش کردند که درمان فراشناختی علاوه بر افزایش رضایت جنسی، موجب ارتقای رضایت زناشویی و کاهش نگرانی از تصویر بدنی می‌شود (Afzali & Farkhzadian, 2018). این یافته حاکی از آن است که اصلاح فرآیندهای فراشناختی می‌تواند به بهبود هم‌زمان جنبه‌های هیجانی، شناختی و فیزیکی تجربه جنسی منجر شود. افزون بر آن، پژوهش زربو و همکاران بر روی زنان مبتلا به اندومتريوز نشان داد که باورهای فراشناختی منفی، پیش‌بینی‌کننده‌ی پریشانی جنسی حتی بیش از میزان درد فیزیکی هستند (Zarbo et al., 2019). بنابراین، مشکلات جنسی را نباید صرفاً به عوامل جسمی نسبت داد، بلکه باید به فرآیندهای ذهنی و شناختی توجه ویژه‌ای داشت.

نتایج پژوهش توماس و همکاران نیز مؤید ارتباط معنادار بین فراشناخت‌ها و افکار میل‌محور ناسازگار است؛ به این معنا که افکار تکرارشونده درباره‌ی تمایلات جنسی و شیوه‌ی پردازش ذهنی مرتبط با آن، می‌تواند به بروز رفتارهای جنسی ناسالم و اضطراب عملکردی منجر شود (Thomas et al., 2020). در همین راستا، ولز تأکید می‌کند که هدف درمان فراشناختی، نه حذف افکار، بلکه تغییر رابطه‌ی فرد با افکار است تا از طریق پذیرش و فاصله‌گیری شناختی، کنترل ذهنی افزایش یابد (Wells, 2008).

از سوی دیگر، پژوهش سامدی‌فرد و همکاران نشان داده که باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان، از پیش‌بین‌های قوی سلامت جنسی در زنان متأهل هستند (Samadifard et al., 2021). این یافته تأیید می‌کند که سلامت جنسی نه‌تنها به عملکرد فیزیولوژیکی، بلکه به توانایی تنظیم شناختی و هیجانی افراد در مواجهه با اضطراب‌های جنسی و افکار منفی نیز بستگی دارد.

افزون بر فراشناخت، متغیرهای روان‌شناختی دیگری نیز در تجربه‌ی رضایت جنسی نقش دارند. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که مواجهه‌ی مکرر با تصاویر یا انتظارات غیرواقع‌بینانه از عملکرد جنسی در رسانه‌ها و فضای مجازی، می‌تواند موجب شکل‌گیری نگرش‌های منفی نسبت به بدن و عملکرد جنسی شود (Sommet & Berent, 2022). در چنین شرایطی، رویکردهای درمانی شناختی از جمله درمان فراشناختی، با تمرکز بر اصلاح الگوهای فکری و افزایش خودآگاهی، به بازسازی نگرش‌های سالم جنسی کمک می‌کنند.

مطالعات مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز در این حوزه شواهد قابل توجهی ارائه داده‌اند. پژوهش راشدی و همکاران نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در بهبود عملکرد جنسی، کاهش پریشانی جنسی و افزایش خودابرازگری جنسی زنان نقش مؤثری دارد (Rashedi et al., 2022). این یافته‌ها با مبانی درمان فراشناختی همسو است، زیرا هر دو رویکرد بر تمرکز بر لحظه‌ی حال، کاهش نشخوار ذهنی و اصلاح واکنش‌های شناختی غیرسازنده تأکید دارند.

در سطح نظری، درمان فراشناختی با رویکردی منسجم، بر بازسازی باورهای ذهنی درباره‌ی افکار و احساسات جنسی تأکید دارد و هدف آن، افزایش آگاهی فراشناختی و ایجاد انعطاف در نحوه‌ی پردازش ذهنی است. پژوهش‌های هفر و فیشر نیز نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی مثبت و منفی، نقش کلیدی در تنظیم هیجان و پریشانی مرتبط با اضطراب جنسی دارند (Heffer-Rahn & Fisher, 2018). بنابراین، این درمان از طریق بهبود درک ذهنی از فرآیند فکر کردن و آموزش فاصله‌گیری از افکار مزاحم، به افراد کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر رفتارهای جنسی و هیجانات خود به دست آورند.

در نهایت، تلفیق یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که درمان فراشناختی از طریق اصلاح باورهای ناکارآمد، کاهش اضطراب و تقویت خودابرازگری، می‌تواند بهبود چشمگیری در رضایت جنسی زنان ایجاد کند. این رویکرد، علاوه بر تأکید بر تنظیم شناختی و هیجانی، ابزاری کارآمد برای بازسازی الگوهای ارتباطی در روابط زناشویی است. از این رو، پرداختن به اثربخشی درمان فراشناختی بر مؤلفه‌هایی همچون خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی می‌تواند مسیر جدیدی برای مداخلات روان‌شناختی در حوزه سلامت جنسی زنان بگشاید. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی زنان است.

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سبزوار در سال ۱۴۰۱ خواهد بود و نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سبزوار خواهد بود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوهن استفاده شد. در این روش از توان آزمون ۰/۸ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و نیرومندی ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته، حداقل حجم نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر ۱۵ نفر در هر گروه است. ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از: تمایل به شرکت منظم و متوالی در جلسات، داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل، گذشت حداقل یک سال از زندگی مشترک، عدم طلاق، متارکه یا زندگی جدا از هم، و کسب نمره پایین در پرسشنامه رضایت جنسی و خودابرازگری جنسی و نمره بالا در پرسشنامه اضطراب جنسی، در حالی که ملاک‌های خروج عبارت بود از: عدم تمایل به اتمام دوره یا تکمیل پرسشنامه؛ امتناع از ادامه حضور و ادامه دادن طرح؛ ابتلا به بیماری ناتوان‌کننده روان‌پزشکی دیگر که به تأیید روان‌پزشک رسیده باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو ابزار استاندارد استفاده شد: مقیاس رضایت جنسی تدوین شده توسط هادسون، هریسون و کروسکاپ (۱۹۸۱)، و مقیاس خودابرازگری جنسی همسران اسنل، بل و کلارک (۱۹۹۷). در نهایت، جلسات مداخله گروهی مبتنی بر درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۰) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار گردید.

مداخله درمانی در این پژوهش بر اساس الگوی درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۰) طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی اجرا شد. در جلسه اول، شرکت‌کنندگان با اهداف درمان، مفاهیم پایه‌ای هیجان، باورهای فراشناختی، اجتناب تجربی و عدم تحمل بلا تکلیفی آشنا شدند و ارزیابی اولیه از نشانه‌ها و اعمال آیینی انجام گرفت. جلسه دوم به معرفی مشکلات جنسی به‌عنوان نوعی بی‌نظمی هیجانی اختصاص داشت؛ در این مرحله منطق درمان شناختی و الگوی فراشناختی تشریح و اهداف درمانی تعیین شد. در جلسه سوم، تکنیک فاصله‌گیری شناختی و ذهن‌آگاهی آموزش داده شد تا افراد بیاموزند چگونه افکار را بدون درگیری ذهنی مشاهده کنند. جلسه چهارم به ارزیابی و بازسازی باورهای مثبت و منفی درباره آیین‌مندی‌ها، آموزش تجارب رفتاری و شکستن چرخه نشخوار فکری از طریق بازاسناد کلامی اختصاص یافت. در جلسه پنجم، شرکت‌کنندگان مهارت درگیر شدن سازنده با نشخوارهای فکری و نگرانی‌های تکرارشونده را تمرین کرده و با تفاوت‌های سبک پردازشی در افراد بهنجار و دارای مشکل آشنا شدند. جلسه ششم شامل معرفی روش‌های تحلیل سود و زیان، تمرین به تعویق انداختن رفتارهای آیینی و آموزش تمرکز مجدد موقعیتی برای کاهش شدت افکار مربوط به مشکلات جنسی بود. در جلسه هفتم، شرکت‌کنندگان با راهبردهای فاصله‌گیری از غنی‌سازی ذهنی، توسعه هوشیاری، اصلاح توجه و تمرین‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ آشنا شدند. سرانجام در جلسه هشتم، مرور کلی جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف، شناسایی موانع اجرای راهبردها، برنامه‌ریزی برای استمرار تمرین‌ها و جمع‌بندی فرایند درمان انجام گرفت. روایی ابزارهای این پژوهش از سه طریق روایی محتوا (تأیید توسط متخصصان)، روایی سازه (تحلیل همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و آزمون‌های مرتبط) و روایی ملاکی (مقایسه با پرسشنامه‌های استاندارد بین‌المللی) ارزیابی می‌شود. همچنین، پایایی ابزارها با تکیه بر پایایی درونی (محاسبه آلفای کرونباخ)، پایایی بازآزمایی (اجرای مجدد پس از دو هفته تا یک ماه) و پایایی از طریق دو نیمه کردن آزمون (مقایسه نمرات دو نیمه

پرسشنامه) سنجیده خواهد شد تا از ثبات و تکرارپذیری نتایج در جامعه هدف ایران اطمینان حاصل شود. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش نیز از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی وضعیت متغیر خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی به تفکیک گروه‌های پژوهش در طی مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است

جدول ۱. بررسی خودابرازگری جنسی، رضایت جنسی در گروه‌های پژوهش در طی مطالعه

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	پیگیری
خودابرازگری جنسی	درمان فراشناخت	۶۴/۷۳	۱۲/۱۱	۹۱/۱۳	۷/۸۴	۸۶/۴۰
	کنترل	۶۱/۹۳	۱۱/۱۴	۶۱/۶۰	۱۱/۵۸	۶۰/۲۰
رضایت جنسی	درمان فراشناخت	۶۴/۴۷	۸/۴۸	۷۹/۰۲	۱۱/۴۴	۷۵/۰۰
	کنترل	۶۰/۹۳	۸/۶۵	۵۹/۲۷	۹/۳۹	۵۹/۶۷
						۱۱

بررسی نتایج حاصل از جدول ۱ نشان داد که در گروه درمان فراشناخت، میانگین خودابرازگری جنسی از ۶۴/۷۳ به ۹۱/۳۱ در مرحله پس آزمون و به ۸۶/۴۰ در مرحله پیگیری تغییر کرد. در بررسی گروه کنترل نیز ملاحظه شد میانگین خودابرازگری جنسی از ۶۱/۹۳ به ۶۱/۶۰ در مرحله پس آزمون و به ۶۰/۲۰ در مرحله پیگیری تغییر کرد.

بررسی بر روی گروه درمان فراشناخت برای متغیر رضایت جنسی نیز نشان داد که میانگین رضایت جنسی از ۶۴/۴۷ به ۷۹/۰۲ در مرحله پس آزمون و به ۷۵ در مرحله پیگیری تغییر کرد. در بررسی گروه کنترل نیز ملاحظه شد میانگین رضایت جنسی از ۶۶/۹۳ به ۵۹/۲۷ در مرحله پس آزمون و به ۵۹/۶۷ در مرحله پیگیری تغییر کرد.

جهت بررسی فرضیه فوق ابتدا از طرح اندازه‌گیری مکرر ترکیبی در دو بین گروه کنترل و درمان فراشناخت استفاده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس و اندازه‌گیری مکرر در مراحل سه‌گانه مداخله درمان فراشناخت در متغیر خودابرازگری جنسی

منبع اثر	SS	df	MS	F	Sig	اندازه اثر	توان
بین آزمودنی: گروه	۸۵۶۵/۳۸	۱	۸۵۶۵/۳۸	۲۸/۰۹	۰/۰۰	۰/۵۰	۱
خطای (گروه)	۸۵۳۷/۹۶	۲۸	۳۰۴/۹۳				
درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله آموزشی	۲۷۸۶/۰۷	۲	۱۳۹۳/۰۳	۴۶/۷۳	۰/۰۰	۰/۶۳	۱
گروه* مراحل مداخله آموزشی	۳۱۸۳/۳۶	۲	۱۵۹۱/۶۸	۵۳/۴۰	۰/۰۰	۰/۶۶	۱
خطا(مراحل مداخله)	۱۶۶۹/۲۴	۵۶	۲۹/۸۱				

نتایج از جدول ۲ نشان داد نسبت F بدست‌آمده در عامل گروه‌ها در متغیر خودابرازگری جنسی برابر با ۲۸/۰۹ ($p < ۰/۰۱$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان متمرکز بر درمان فراشناخت در افزایش خودابرازگری جنسی با توجه به گزارش میانگین از جدول ۲، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است.

همچنین، از سطر سوم جدول ۲ ملاحظه می‌شود نسبت F مشاهده شده در مراحل مداخله آموزشی بر افزایش خودابرازگری جنسی برابر ۴۶/۷۳ در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که بین مراحل سه‌گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر خودابرازگری جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

برای اینکه دقیقاً معلوم شود که بین کدامیک از مراحل سه گانه مداخله آموزشی در گروه آزمایش در خودابرازگری جنسی تفاوت وجود دارد، از آزمون مقایسه بنفرونی استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان فراشناخت در خودابرازگری جنسی

زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Si g
پیش	۲۶/۴۰*	۳/۸۸	۰/۰۰
پیگیری	۲۱/۶۷*	۳/۸۸	۰/۰۰
پس	۴/۷۳*	۳/۸۸	۰/۶۹

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۳ نشان داد متغیر خودابرازگری جنسی در گروه درمان فراشناخت در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین در مرحله پیگیری اختلاف معنی داری نسبت به پیش آزمون در مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

جهت بررسی فرضیه فوق ابتدا از طرح اندازه گیری مکرر ترکیبی در دو بین گروه کنترل و درمان فراشناخت استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس و اندازه گیری مکرر در مراحل سه گانه مداخله درمان فراشناخت در متغیر رضایت جنسی

منبع اثر	SS	Df	MS	F	si g	اندازه اثر	توان
بین آزمودنی: گروه	۳۷۲۴/۹۰	۱	۳۷۲۴/۹۰	۱۷/۷۶	۰/۰۰	۰/۳۹	۰/۹۸
خطای (گروه)	۵۸۷۳/۸۲	۲۸	۲۰۹/۷۸				
درون آزمودنی ها: مراحل مداخله آموزشی	۶۶۰/۹۶	۲	۳۳۰/۴۸	۶/۶۹	۰/۰۰	۰/۱۹	۰/۹۰
گروه* مراحل مداخله آموزشی	۱۰۵۲/۶۰	۲	۵۲۶/۳۰	۱۰/۶۵	۰/۰۰	۰/۲۸	۰/۹۹
خطا (مراحل مداخله)	۲۷۶۷/۱۱	۵۶	۴۹/۴۱				

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F بدست آمده در عامل گروه ها در متغیر رضایت جنسی برابر با $۱۷/۷۶$ ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان متمرکز بر درمان فراشناخت در کاهش رضایت جنسی با توجه به گزارش میانگین از جدول ۱، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است.

همچنین، از سطر سوم جدول ۴ ملاحظه می شود نسبت F مشاهده شده در مراحل مداخله آموزشی بر افزایش رضایت جنسی برابر $۶/۶۹$ در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است. این نتیجه نشان می دهد که بین مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر رضایت جنسی تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای اینکه دقیقاً معلوم شود که بین کدامیک از مراحل سه گانه مداخله آموزشی در گروه آزمایش در افزایش رضایت جنسی تفاوت وجود دارد، از آزمون مقایسه بنفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان فراشناخت در رضایت جنسی

زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Si g
پیش	۱۴/۵۳*	۳/۸۵	۰/۰۰
پیگیری	۱۰/۵۳*	۳/۸۵	۰/۰۳
پس	۴*	۳/۸۵	۰/۹۱

تغییرات گروه درمان فراشناخت در طی زمان در جدول ۴ نشان داد متغیر رضایت جنسی در گروه درمان فراشناخت در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری اختلاف معنی داری نسبت به پیش آزمون مشاهده شد ($P < 0/001$). ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار نداشت.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی بر افزایش خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی زنان تأثیر معنادار داشته و این اثر تا مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. به عبارت دیگر، زنان شرکت کننده در گروه درمان، پس از گذراندن جلسات درمان فراشناختی، توانستند به شکلی سالم تر و کارآمدتر نیازها، احساسات و مرزهای جنسی خود را ابراز کنند و در عین حال، رضایت بیشتری از روابط زناشویی خود گزارش نمایند. این نتایج با مبانی نظری درمان فراشناختی که بر اصلاح باورهای ناکارآمد و تنظیم مؤثر فرایندهای فکری تأکید دارد، هم‌راستا است (Wells, 2008). از آنجا که در مدل فراشناختی، تمرکز بر چگونگی برخورد فرد با افکار و نگرانی‌هاست، نه خود افکار، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله باعث کاهش نشخوار ذهنی، اضطراب عملکردی و افکار منفی در مورد توانایی یا جذابیت جنسی شده و از این طریق خودابرازگری و رضایت جنسی را تقویت کرده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی افکار جنسی (مانند «فکر کردن به مسائل جنسی ناپسند است» یا «احساس گناه بعد از رابطه نشانه ضعف اخلاقی است») یکی از موانع اصلی در ابرازگری جنسی زنان به شمار می‌رود. درمان فراشناختی با هدف تغییر این باورها و جایگزینی آن‌ها با نگرش‌های انعطاف پذیرتر، موجب می‌شود که فرد بتواند احساسات و نیازهای جنسی خود را بدون اضطراب یا شرم بیان کند (Heffer-Rahn & Fisher, 2018). یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که پس از اجرای جلسات درمان، زنان نسبت به قبل از مداخله تمایل بیشتری برای ابراز نیازهای جنسی داشتند. این تغییر می‌تواند ناشی از آموزش مهارت‌های فاصله‌گیری شناختی، بازسازی باورهای ذهنی و تقویت کنترل ذهنی بر افکار مزاحم باشد. نتایج مشابهی در پژوهش‌های استیفنسون و کرث نیز گزارش شده است که نشان دادند درمان‌های مبتنی بر فراشناخت، تمام ابعاد عملکرد جنسی و بهزیستی روانی زنان را بهبود می‌بخشد (Stephenson & Kerth, 2017).

هم‌راستا با این نتایج، مرور نظام‌مند آکسان نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش اضطراب جنسی و افزایش رضایت از روابط زناشویی زنان تأثیر چشمگیری دارد و می‌تواند در گروه‌های مختلف سنی و فرهنگی نیز اثربخش باشد (Aksan, 2021). آکسان بیان می‌کند که این درمان از طریق بازسازی آگاهی فراشناختی و کاهش افکار مزاحم، موجب افزایش احساس آرامش ذهنی و رضایت جنسی می‌شود. یافته‌های حاضر نیز همین روند را نشان می‌دهد، چراکه میانگین خودابرازگری جنسی و رضایت جنسی زنان در گروه درمان به‌طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش یافت.

افزایش رضایت جنسی در گروه درمان را می‌توان نتیجه‌ی کاهش اضطراب عملکردی، بهبود تنظیم هیجانی و افزایش تمرکز بر تجربه‌ی لذت و ارتباط عاطفی در رابطه دانست. پژوهش توماس و همکاران نیز بر این نکته تأکید دارد که افکار میل‌محور و باورهای فراشناختی ناسازگار از عوامل اصلی در بروز رفتارهای جنسی ناکارآمد و اضطراب‌های مرتبط با عملکرد جنسی هستند (Thomas et al., 2020). در نتیجه، اصلاح این باورها در چارچوب درمان فراشناختی می‌تواند اضطراب و نگرانی را کاهش دهد و بهبود رضایت جنسی را تسهیل نماید. در همین راستا، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اثر درمان نه تنها در مرحله پس‌آزمون، بلکه در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است که مؤید حفظ تغییرات شناختی و هیجانی ناشی از درمان است.

افزلی و فرخزادیان در پژوهش خود بر روی زنان متأهل مبتلا به افسردگی نیز یافته‌ای مشابه گزارش کردند، به‌طوری‌که درمان فراشناختی موجب افزایش رضایت جنسی و زناشویی و کاهش نگرانی از تصویر بدنی گردید (Afzali & Farkhzadian, 2018). یافته آنان تأکید دارد

که اصلاح باورهای خودکار و منفی در مورد بدن و عملکرد جنسی، به زنان کمک می‌کند تا تجربه‌ای سالم‌تر و آزادانه‌تر از روابط زناشویی داشته باشند. در پژوهش حاضر نیز می‌توان گفت که زنان شرکت‌کننده در گروه درمان، پس از بازنگری در نگرش‌های خود نسبت به روابط جنسی و نقش ذهن در کنترل رفتار، از محدودیت‌های ناشی از افکار اضطرابی و خودانتقادی رها شده‌اند و این امر رضایت آن‌ها را افزایش داده است.

از سوی دیگر، نتایج این پژوهش با یافته‌های زربو و همکاران همسو است؛ آنان دریافتند که باورهای فراشناختی منفی می‌توانند پریشانی جنسی زنان مبتلا به اندومتريوز را حتی بیش از میزان درد فیزیکی پیش‌بینی کنند (Zarbo et al., 2019). این یافته نشان می‌دهد که ذهنیت و الگوی پردازش شناختی نقش مهم‌تری از عوامل جسمی در تجربه‌ی پریشانی جنسی دارد. درمان فراشناختی با تمرکز بر این حوزه، می‌تواند کیفیت زندگی جنسی زنان را از طریق کاهش درگیری ذهنی و افزایش خودپذیری بهبود بخشد.

نتایج مطالعه‌ی راشدی و همکاران نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش خودابرازگری جنسی و کاهش پریشانی جنسی زنان می‌شود (Rashedi et al., 2022). این یافته با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا است و نشان می‌دهد که هر دو رویکرد (ذهن‌آگاهی و فراشناخت) در کاهش افکار خودکار و افزایش حضور ذهن در رابطه جنسی نقش دارند. زنان پس از درمان یاد می‌گیرند که در لحظه حال بمانند و به جای تمرکز بر نگرانی از عملکرد، بر احساس ارتباط و صمیمیت تمرکز کنند.

پژوهش قلیان‌نوذری و همکاران نیز در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نگرش‌های ناکارآمد جنسی زنان باردار نشان داد که این درمان به بهبود نگرش و عملکرد جنسی منجر می‌شود (Gholiyan Nozari et al., 2019). همچنین کوهی کمالی و همکاران بیان کردند که ACT در افزایش رضایت جنسی زنان نابارور تأثیر مثبت دارد (Kouhi Kamali et al., 2020). اگرچه این دو رویکرد از نظر نظری متفاوت‌اند، اما وجه اشتراکشان در کاهش اجتناب شناختی و تقویت پذیرش هیجانی است. در درمان فراشناختی نیز با آموزش کنترل ذهن و کاهش نشخوار فکری، فرایند مشابهی رخ می‌دهد و از همین مسیر، خودابرازگری و رضایت جنسی افزایش می‌یابد.

در همین راستا، پژوهش سارابی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش احساس گناه و کم‌رویی جنسی و افزایش جرأت‌ورزی و ابرازگری در زنان مبتلا به اختلالات جنسی می‌شود (Sarabi et al., 2019). نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است و تأیید می‌کند که هرگونه مداخله مبتنی بر آگاهی ذهنی، پذیرش شناختی و اصلاح باورهای غیرواقع‌بینانه می‌تواند خودابرازگری جنسی را تقویت کند.

افزون بر این، پژوهش سامدی‌فرد و همکاران نیز تأکید کرده‌اند که باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان از پیش‌بین‌های مهم سلامت جنسی زنان هستند (Samadifard et al., 2021). این پژوهش، هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، نشان می‌دهد که آموزش تنظیم شناختی و هیجانی در قالب درمان فراشناختی، موجب تقویت احساس تسلط و رضایت در روابط زناشویی می‌شود.

از نظر نظری، مدل ولز بر این فرض استوار است که افکار منفی و نشخوارهای ذهنی، منبع اصلی پریشانی هیجانی و ناتوانی در عملکرد مؤثر هستند (Wells, 2008). یافته‌های این پژوهش تأییدی تجربی بر این دیدگاه است، زیرا نشان داد که کاهش نشخوار ذهنی از طریق درمان فراشناختی، باعث افزایش رضایت جنسی و خودابرازگری در زنان شده است. پژوهش الیوری و همکاران نیز بیانگر نقش باورهای فراشناختی در تداوم رفتارهای جنسی اجباری بود، به‌طوری‌که اصلاح این باورها موجب کاهش وسواس‌های فکری و افزایش کنترل ذهنی در رفتارهای جنسی گردید (Olivari et al., 2025). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی با اصلاح ساختارهای ذهنی درگیر در اضطراب جنسی، می‌تواند یکی از مؤثرترین مداخلات در حوزه سلامت جنسی زنان باشد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های قبلی سازگار است و بر اهمیت نقش فرایندهای فراشناختی در شکل‌دهی و حفظ رضایت جنسی تأکید می‌کند. این درمان نه تنها از طریق کاهش اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با عملکرد جنسی، بلکه با ایجاد احساس کنترل ذهنی، افزایش آگاهی از نیازهای جنسی و توانایی ابراز آن‌ها، باعث تقویت روابط زناشویی می‌شود. از منظر بالینی، می‌توان گفت که درمان فراشناختی با فراهم

کردن چارچوبی نظام‌مند برای شناخت و مدیریت افکار، در ارتقای سلامت جنسی زنان جایگاه ویژه‌ای دارد و می‌تواند به‌عنوان مکملی مؤثر در مشاوره‌های خانواده و زوج‌درمانی به کار رود.

پژوهش حاضر هرچند توانست شواهد معناداری در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی ارائه دهد، اما محدودیت‌هایی نیز دارد. نخست، حجم نمونه نسبتاً کوچک (۴۵ نفر) و محدود بودن جامعه به زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سبزوار، تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی یا تمایل به پاسخ‌های اجتماعی همراه باشد. سوم، دوره پیگیری پژوهش دو ماه بود و نمی‌توان از پایداری بلندمدت اثر درمان اطمینان حاصل کرد. چهارم، تأثیر متغیرهای تعدیل‌کننده‌ای مانند سبک دلبستگی، باورهای مذهبی یا فرهنگ جنسی زوجین بررسی نشده است که می‌تواند بر میزان اثربخشی درمان تأثیرگذار باشد. در نهایت، پژوهش تنها بر زنان تمرکز داشت و مردان یا زوجها به‌صورت هم‌زمان بررسی نشدند، در حالی که روابط جنسی پدیده‌ای دوسویه است و مطالعه در سطح زوج می‌تواند درک جامع‌تری از اثر درمان ارائه دهد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تری از نظر سنی، فرهنگی و اقتصادی مورد بررسی قرار گیرند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین اجرای مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری شش‌ماهه یا یک‌ساله می‌تواند به ارزیابی ماندگاری اثرات درمان کمک کند. علاوه بر این، استفاده از روش‌های چندوجهی (مانند مصاحبه‌های کیفی و مشاهده بالینی) در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی، تصویر دقیق‌تری از تغییرات ذهنی و رفتاری افراد ارائه خواهد داد. پیشنهاد دیگر آن است که پژوهش‌های آینده، درمان فراشناختی را در ترکیب با مداخلات زوج‌درمانی یا درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی بررسی کنند تا اثر هم‌افزایی میان این رویکردها مشخص گردد. بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجان، تصویر بدنی یا دلبستگی عاطفی نیز می‌تواند به درک سازوکارهای زیربنایی اثر درمان کمک کند. در سطح کاربردی، توصیه می‌شود متخصصان مشاوره و روان‌درمانی از اصول درمان فراشناختی در آموزش مهارت‌های جنسی و زناشویی استفاده کنند. طراحی برنامه‌های آموزشی گروهی برای زنان متأهل با محوریت آگاهی از باورهای فراشناختی و کنترل افکار مزاحم می‌تواند به بهبود خودابرازگری و رضایت جنسی کمک کند. همچنین، گنجاندن آموزش‌های فراشناختی در مراکز سلامت خانواده و مشاوره ازدواج می‌تواند به ارتقای سلامت روانی و کاهش تعارضات زناشویی منجر شود. در سطح کلان، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت، آموزش سواد جنسی مبتنی بر رویکردهای شناختی و فراشناختی را در برنامه‌های پیشگیرانه و ارتقای گنجاندن و بر آموزش مشاوران خانواده در این زمینه تأکید نمایند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Sexual satisfaction is one of the most significant determinants of marital stability and psychological well-being. It represents an important component of the emotional and physical quality of intimate relationships and contributes to both personal happiness and family cohesion (Nelson-Coffey, 2018). When sexual satisfaction is low, couples are more likely to experience marital discord, emotional detachment, and a gradual erosion of intimacy, which may eventually lead to separation or divorce (Norwood, 2018). Sexual well-being, therefore, is a key aspect of overall mental health, and its enhancement has been identified as a crucial goal of therapeutic interventions in marital counseling.

A major psychological factor related to sexual satisfaction is *sexual self-disclosure*—the ability to express one's sexual needs, preferences, and boundaries openly and confidently. Effective self-disclosure fosters emotional intimacy, reduces misunderstandings, and creates a sense of acceptance within the relationship (Rashedi et al., 2022). Conversely, difficulties in self-expression often stem from anxiety, guilt, or negative self-beliefs surrounding sexuality, all of which can inhibit healthy sexual communication. These challenges are especially pronounced among women, who frequently encounter sociocultural constraints that shape their attitudes and expectations toward sexuality (Sommet & Berent, 2022).

Recent therapeutic developments have increasingly focused on cognitive and metacognitive mechanisms underlying sexual distress and satisfaction. Among them, Metacognitive Therapy (MCT) has gained prominence as a structured, process-oriented intervention aimed at modifying dysfunctional patterns of thought regulation. Originally proposed by Wells, this model posits that psychological distress arises not from the content of thoughts, but from how individuals respond to them. MCT focuses on altering maladaptive metacognitive beliefs—beliefs about thinking itself—to reduce worry, rumination, and emotional dysregulation (Wells, 2008). By teaching patients to distance themselves from intrusive or self-critical thoughts, MCT empowers them to regain cognitive control and reduce emotional reactivity during intimate interactions.

The metacognitive model has been widely applied in treating anxiety and mood disorders, and recent research has extended its application to sexual functioning. Heffer-Rahn and Fisher (Heffer-Rahn & Fisher, 2018) demonstrated that maladaptive metacognitive processes significantly contribute to sexual anxiety and emotional distress. Similarly, Stephenson and Kerth (Stephenson & Kerth, 2017), through a meta-analytic review, confirmed that metacognitive interventions effectively improve sexual functioning and subjective

well-being in women with sexual dysfunctions. By modifying belief systems related to self-perception, performance, and intimacy, MCT enhances both sexual assertiveness and satisfaction.

Aksan (Aksan, 2021) conducted a systematic review and found that metacognitive therapy markedly reduces sexual anxiety and enhances relationship satisfaction across diverse cultural settings. Furthermore, Olivari et al. (Olivari et al., 2025) emphasized that negative metacognitive beliefs and maladaptive “desire thinking” can sustain compulsive sexual behavior, suggesting that dysfunctional thinking patterns play a central role not only in distress but also in behavioral dysregulation. These studies collectively highlight that modifying metacognitive processes could significantly improve sexual satisfaction, self-expression, and overall emotional adjustment.

Complementary evidence from other cognitive-behavioral frameworks reinforces these findings. For example, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been shown to improve sexual functioning and satisfaction by promoting self-acceptance and reducing avoidance of sexual thoughts and emotions (Sarabi et al., 2019). Gholiyan Nozari et al. (Gholiyan Nozari et al., 2019) demonstrated that ACT effectively alters dysfunctional sexual attitudes among pregnant women, while Kouhi Kamali et al. (Kouhi Kamali et al., 2020) found that it increases sexual satisfaction among infertile women. These interventions share conceptual overlap with MCT in that both approaches target maladaptive mental control strategies and encourage mindful awareness of thoughts and feelings.

Afzali and Farkhzadian (Afzali & Farkhzadian, 2018) found that MCT enhanced sexual satisfaction and marital harmony among depressed married women by reducing body image concerns and self-critical thought patterns. Likewise, Zarbo et al. (Zarbo et al., 2019) reported that negative metacognitive beliefs predicted sexual distress among women with endometriosis more strongly than physical pain, illustrating the profound influence of cognition on sexual well-being. Thomas et al. (Thomas et al., 2020) also showed that maladaptive metacognitive processes and “desire thinking” are associated with dysregulated sexuality and anxiety related to performance.

In addition, Rashedi et al. (Rashedi et al., 2022) demonstrated that mindfulness-based cognitive-behavioral interventions can improve sexual self-disclosure and reduce sexual distress, supporting the idea that enhancing metacognitive awareness and present-focused attention facilitates healthier sexual functioning. Samadifard et al. (Samadifard et al., 2021) further identified metacognitive beliefs and emotional regulation strategies as strong predictors of sexual health in married women. Altogether, these studies suggest that metacognitive interventions can play a transformative role in promoting sexual well-being by enhancing self-awareness, reducing anxiety, and improving emotional regulation in intimate contexts.

Given this theoretical and empirical background, the present study aimed to examine the effectiveness of Metacognitive Therapy on sexual self-disclosure and sexual satisfaction among women. By addressing dysfunctional metacognitive beliefs and cognitive control strategies, the study sought to evaluate whether MCT could effectively increase self-expression and satisfaction within intimate relationships.

Methods and Materials

This research employed a quasi-experimental design with pretest–posttest control groups and a follow-up phase. The statistical population consisted of all women who referred to counseling centers in Sabzevar during 2022. Forty-five women were selected using convenience sampling and were randomly assigned to two experimental groups (15 each) and one control group (15). Inclusion criteria included being married for at least one year, having low scores in sexual satisfaction and self-disclosure, and high sexual anxiety.

Data were collected using two standardized instruments: the Sexual Satisfaction Scale (Hudson et al., 1981) and the Sexual Self-Disclosure Questionnaire for Couples (Snell, Bell, & Clark, 1997). The experimental groups participated in eight 90-minute group sessions based on Wells’ (2000) MCT protocol, focusing on

identifying metacognitive beliefs, distancing from intrusive thoughts, and developing adaptive cognitive control strategies.

Reliability and validity were verified through expert review, construct analysis, and Cronbach's alpha for internal consistency. Data analysis was performed using multivariate analysis of variance (MANOVA) and repeated measures ANOVA in SPSS. Bonferroni posthoc tests were applied to identify significant differences across the pretest, posttest, and follow-up phases.

Findings

Results indicated significant improvements in both sexual self-disclosure and sexual satisfaction among participants receiving metacognitive therapy compared with the control group. In the experimental group, mean scores for sexual self-disclosure increased from 73.64 (pretest) to 91.13 (posttest) and 86.40 (follow-up). Similarly, sexual satisfaction scores rose from 64.47 (pretest) to 79.02 (posttest) and 75.00 (follow-up). In contrast, the control group showed no meaningful change across all measurement phases.

The MANOVA results revealed a significant main effect of group on sexual self-disclosure ($F=28.09$, $p<0.001$, $\eta^2=0.50$) and sexual satisfaction ($F=17.76$, $p<0.001$, $\eta^2=0.39$). Additionally, the effect of time was significant for both variables, with $F=46.73$ ($p<0.001$) for self-disclosure and $F=6.69$ ($p<0.001$) for satisfaction. The group $\times$ time interaction was also significant, indicating that improvements in the experimental group were not only greater but also sustained over time.

Post hoc Bonferroni tests confirmed that differences between pretest and both posttest and follow-up were significant for both variables, whereas the difference between posttest and follow-up was not significant. These findings demonstrate that the therapeutic gains achieved through MCT were maintained for at least two months after the intervention ended.

Discussion and Conclusion

The present study provides empirical evidence that Metacognitive Therapy significantly enhances both sexual self-disclosure and sexual satisfaction among women. This improvement can be attributed to the therapy's focus on modifying maladaptive metacognitive beliefs, reducing intrusive thoughts, and promoting cognitive flexibility. By helping women distance themselves from self-critical or anxiety-provoking cognitions, MCT enables a more relaxed and authentic expression of sexual needs, thereby fostering emotional intimacy and satisfaction.

The results corroborate previous research suggesting that metacognitive processes play a central role in sexual well-being. MCT effectively disrupts maladaptive cycles of worry, performance anxiety, and self-evaluation that often undermine sexual functioning. Through its emphasis on *cognitive detachment* and *mind regulation*, the therapy cultivates a nonjudgmental awareness that enhances confidence and openness in intimate communication.

Furthermore, the persistence of improvements in the follow-up phase underscores the durability of cognitive restructuring achieved through MCT. These findings extend the evidence base for metacognitive interventions beyond anxiety and depression, highlighting their applicability in addressing sexual and relational issues. The therapy's emphasis on metacognitive awareness and emotional regulation aligns with modern approaches to sexual health that view sexuality as a holistic integration of cognitive, emotional, and relational factors.

From a clinical standpoint, MCT provides a structured, efficient, and theoretically grounded approach to treating sexual dissatisfaction and low self-expression. It can be effectively implemented in marital and family counseling settings to promote healthier sexual communication, reduce guilt and anxiety, and strengthen relational bonds.

In conclusion, this study confirms that Metacognitive Therapy is a valuable psychotherapeutic framework for enhancing women's sexual health. By restructuring metacognitive beliefs and empowering individuals to manage their thought processes more effectively, MCT facilitates long-term improvements in both sexual self-

disclosure and satisfaction. These findings emphasize the importance of addressing cognitive and metacognitive factors in designing comprehensive interventions for sexual well-being and marital adjustment.

فهرست منابع

References

- Afzali, A., & Farkhzadian, A. A. (2018). The effectiveness of metacognitive therapy in changing the level of sexual satisfaction, marital satisfaction, and body image concern among married female employees with depression. *Journal of Clinical and Personality Psychology*, 16(2), 113–121. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2862.html
- Aksan, A. T. (2021). Effectiveness of meta-Cognition therapy in Women with sexual anxiety: A Systematic Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 13(1), 34–51. <https://doi.org/10.18863/pgy.718479>
- Gholiyan Nozari, F., Hassanzadeh, R., & Gholamnejad, S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on dysfunctional sexual attitudes and sexual performance in pregnant women. *Mashhad University of Medical Sciences Journal*, 62, 624–631. https://mjms.mums.ac.ir/article_15525.html
- Heffer-Rahn, P., & Fisher, P. L. (2018). The clinical utility of metacognitive beliefs and processes in emotional distress in people with sexual anxiety. *Journal of psychosomatic research*, 104, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.11.014>
- Kouhi Kamali, S., Soudagar, S., Poursharifi, H., & Ashayeri, H. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction in infertile women. *Preventive Medicine Journal*, 7(4), 56–67. <https://doi.org/10.29252/jpm.7.4.67>
- Nelson-Coffey, S. K. (2018). Married with children: The science of well-being in marriage and family life. In *Handbook of well-being*. <https://doi.org/10.4324/9780429433214-17>
- Norwood, C. R. (2018). Mapping the intersections of violence on Black women's sexual health within the Jim Crow geographies of Cincinnati neighborhoods. *Frontiers*, 39(2), 97. <https://doi.org/10.1353/fro.2018.a698454>
- Olivari, C., Mansueto, G., Marino, C., Candellari, G., Cericola, J., Binnie, J., & Caselli, G. (2025). Metacognitive beliefs and desire thinking as potential maintenance factors of compulsive sexual behavior. *Addictive behaviors*, 161, 108214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108214>
- Rashedi, S., Maasoumi, R., Vosoughi, N., & Haghani, S. (2022). The effect of mindfulness-based cognitive-behavioral sex therapy on improving sexual desire disorder, sexual distress, sexual self-disclosure and sexual function in women: a randomized controlled clinical trial. *Journal of sex & marital therapy*, 48(5), 475–488. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.2008075>
- Samadifard, H. R., Narimani, M., Aghajani, S., & Basharpour, S. (2021). Sexual Health in Married Women and the Role of Meta-Cognitive Belief and Emotion Regulation Strategies in Predicting That. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(2), 61-73. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.2.61>
- Sarabi, P., Parvizi, F., & Kakabraee, K. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual performance, sexual guilt, sexual shyness, and sexual assertiveness in women with sexual disorders. *Women and Culture Scientific Journal*, 10(39), 87–105. https://journals.iau.ir/article_665593.html
- Sommet, N., & Berent, J. (2022). Porn use and men's and women's sexual performance: evidence from a large longitudinal sample. *Psychological medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S003329172100516X>
- Stephenson, K. R., & Kerth, J. (2017). Effects of meta-cognitive therapy for female sexual dysfunction: A meta-analytic review. *The Journal of Sex Research*, 54(7), 832–849. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1331199>
- Thomas, J., Katsikitis, M., Allen, A., & Kannis-Dymand, L. (2020). Desire thinking and metacognition associated with dysregulated sexuality. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 27(1-2), 119–134. <https://doi.org/10.1080/10720162.2020.1772155>
- Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 651–658. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004803>
- Zarbo, C., Brugnera, A., Compare, A., Secomandi, R., Candeloro, I., Malandrino, C., & Frigerio, L. (2019). Negative metacognitive beliefs predict sexual distress over and above pain in women with endometriosis. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 575–582. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0928-9>