

## Research Article

# The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction in Premenopausal Women Referred

M. Behbahani<sup>1\*</sup> & Sh. Ghorbanshiroodi<sup>2</sup>

1. Department of Family Counseling, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.  
Email: maryambehbahani@gmail.com

2. Associate Professor, Psychology, Azad University, Tonekabon Branch, Iran.

## Abstract

**Aim** The purpose of this study was to determine the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on marital intimacy and sexual satisfaction in premenopausal women. **Method:** The research method was quasi-experimental with experimental and control group and pre-test, post-test and 2-month follow-up. Forty women were selected using convenience sampling and screening using the Bagros Marriage Intimacy Questionnaire (2001) and Larson, Anderson, Holman, and Niemann (1998) marital satisfaction questionnaire and divided into experimental (20 female) and control (20 female) groups. Female) were replaced at random. Hayes and Strauss (2010) Acceptance and Commitment Therapy Program was administered to the experimental group for 8 sessions of 90 minutes weekly. Both groups responded to the research questionnaires in three stages and the data were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that acceptance and commitment therapy had an effect on marital intimacy ( $F = 4.94, p = 0.032$ ) and sexual satisfaction ( $F = 39.46, p = 0.001$ ). The two-month follow-up phase remained stable. **Conclusion:** Because the treatment of acceptance and commitment led to improved intimacy and marital satisfaction, it can be used as an effective intervention method to improve marital intimacy and sexual satisfaction in premenopausal women.

**Key words:** *commitment and acceptance therapy, marital intimacy, sexual satisfaction*

**Citation:** Behbahani, M., & Ghorbanshiroodi, Sh. (2020). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on marital intimacy and sexual satisfaction in premenopausal women referred. *Quarterly of Applied Psychology, 14*(3):369-389.

## اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه

مریم بهبهانی<sup>۱\*</sup>، شهره قربان‌شیرودی<sup>۲</sup>

۱. گروه مشاوره خانواده، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: maryambehbahani@gmail.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه آزمایش و گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه و جامعه آماری ۸۶ زن پیش‌یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شمال شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. پس از اعلام فراخوان و غربالگری با استفاده از پرسشنامه‌های صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱) و رضایت جنسی لارسون، اندرسون، هولمن و نیمن (۱۹۹۸) ۴۰ زن به شیوه در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ زن) و گواه (۲۰ زن) به صورت تصادفی جایگزین شدند. برنامه درمان پذیرش و تعهد هیز و استرواسال (۲۰۱۰) طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی یک جلسه در مورد گروه آزمایش اجرا شد. هر دو گروه در سه مرحله به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی ( $F=4/94$ ،  $p=0/032$ ) و رضایت جنسی ( $F=39/46$ ،  $p=0/001$ ) اثر داشته و این اثر در مرحله پیگیری پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** از آنجایی که درمان پذیرش و تعهد منجر به بهبود صمیمیت و رضایت زناشویی شد؛ می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای بهبود صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی در زنان پیش‌یائسه بهره برد.

**کلید واژه‌ها:** تعهد و پذیرش، رضایت جنسی، صمیمیت زناشویی

استناد به این مقاله: بهبهانی، مریم، و قربان‌شیرودی، شهره. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت

زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۴ (۳ پیاپی ۵۵): ۳۸۹-۳۶۹.

## مقدمه

بهبود سلامت روان در هریک از دوران زندگی از جمله دوران یائسگی<sup>۱</sup> و پس از آن، نتایج مثبتی برای خانواده و جامعه به همراه دارد (سیب، اندرسون، لی و هامپریس، ۲۰۱۳). یائسگی پدیده‌ای فیزیولوژیک است که با گذار از دوران پیش‌یائسگی<sup>۲</sup> همراه است. یائسگی به معنای قطع عادت ماهانه به مدت ۱۲ ماه است و دوران پیش‌یائسگی به دورانی اطلاق می‌شود که عادت ماهانه نامنظم بوده و در ۱۲ ماه اخیر کمتر از ۱۲ بار عادت ماهانه اتفاق بیافتد (اواکلی، والتر-لیو، کریسپ و پاولز، ۲۰۱۶). یائسگی معمولاً در سنین ۵۲-۵۰ سالگی اتفاق می‌افتد و پیش‌یائسگی معمولاً یک تا سه سال طول می‌کشد و با علائمی مثل نامرتبی در قاعدگی، گرگرفتگی، تعریق شبانه، سردرد، بی‌حسی، کرختی در انگشتان و مشکلات خواب همراه است و سبب افزایش استرس، افسردگی، مشکلات جنسی، کاهش سلامت روان، و کیفیت زندگی می‌شود (عیسی‌نژاد جهرمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷).

روابط جنسی مطلوب موجب تأمین رضایت طرفین می‌شود (رستمی، سعادت‌ی و یوسفی، ۱۳۹۷) و نقش بسیار مهمی در رابطه زوجین و استحکام خانواده دارد و زنان در دوران پیش‌یائسگی معمولاً دچار افت صمیمیت زناشویی<sup>۳</sup> می‌شوند (پی، مندلی، کیم، هان، ماسند و همکاران، ۲۰۰۹). رضایت جنسی<sup>۴</sup> احساس خوشایند فرد از نوع رابطه جنسی و توانایی وی در ایجاد لذت دوطرفه است و شامل احساس در مورد بدن خود، علاقه به فعالیت جنسی، نیاز عاطفی و صمیمانه به ارتباط با شریک جنسی، و توانایی تحصیل رضایت از فعالیت جنسی است (فانی سبحانی، خلعتبری و رحمتی، ۱۳۹۷). از این‌رو، صمیمیت به‌عنوان نیازی اساسی مستلزم آگاهی، درک عمیق، و پذیرش است. همچنین صمیمیت به معنی نزدیکی، تشابه، و رابطه دوست‌داشتنی با دیگری است (یو، بارتل-هارینگ، دای و گانگام، ۲۰۱۴). صمیمیت در روابط زناشویی با جنبه‌های عاطفی، هیجانی، و اجتماعی همراه است که بر پایه پذیرش، رضایت خاطر، و عشق شکل می‌گیرد (زراج، آنات، سولومون و هروتی، ۲۰۱۰).

مشکلات روابط جنسی و صمیمیت زناشویی وقتی آغاز می‌شود که زوجین از میزان برآورده‌شدن خواسته‌های خود درباره رابطه زناشویی خوب، ناراضی باشند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷). افراد با صمیمیت زناشویی قادرند در روابط زناشویی، خود را به شیوه مطلوب‌تری ابراز کنند (جان، کیم، چانگ، اوه، کانگ و کانگ، ۲۰۱۱). مشکل دیگر زنان در دوران پیش‌یائسگی افت رضایت جنسی است. رضایت جنسی یکی از نیازهای فردی و بین‌فردی است که به‌عنوان

<sup>1</sup> Menopausal  
<sup>2</sup> Premenopausal

<sup>3</sup> Marital intimacy  
<sup>4</sup> Sexual satisfaction

ارزیابی از لذت‌بخش بودن رفتار جنسی تعریف می‌شود (فلین، لین، برانر، سیرانوسکی، هان و همکاران، ۲۰۱۶). این موضوع یکی از عوامل مهم رضایت زناشویی است که نقش مهمی در سلامت روانی و صمیمیت زوجین دارد (سافتل، ۲۰۱۶). رضایت جنسی فقط لذت جسمانی نیست بلکه متضمن رضایت از فعالیت جنسی و رضایت هیجانی نیز است (چان، لرتنو، سالم، سیل، چان و همکاران، ۲۰۱۵). روش‌های درمانی برای بهبود مسائل جنسی در دوران پیش‌بائسگی به دو دسته هورمون‌های درمانی و درمان‌های مکمل تقسیم می‌شوند (عیسی‌نژاد جهرمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). یکی از روش‌های درمانی مکمل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲). هدف این راهبرد درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. این راهبرد مشتمل بر شش فرایند مرکزی است که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها، و عمل متعهد (هیز، لوین، پلومب، بولانگر و پیستورلو، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف رویکرد درمان شناختی-رفتاری سنتی، مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات، و احساسات روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (فروس، لانه، سیاروچی و بلاکلج، ۲۰۱۳). اصول زیر بنایی آن شامل: ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها، ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است. افزون بر این، این عمل دربرگیرنده روش‌های کلامی و فرایندهای شناختی در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی است که در نهایت به کارکرد سالم رفتار منجر می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). این راهبرد شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی، و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (سلگی، ۱۳۹۶). افزون بر این، در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش

<sup>1</sup> Acceptance and commitment therapy (ACT)

روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (هربرت و فورمن، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پژوهش‌های مربوط به آن، مبتنی بر فلسفه‌ای است که زمینه‌گرایی عملکردی<sup>۱</sup> خوانده می‌شود (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶). از این‌رو، شواهد تجربی حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زوجها برای افزایش صمیمیت زناشویی و سلامت جنسی است؛ به طوری که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش میزان سلامت جنسی در زوجین و مؤلفه‌های صمیمیت عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی، ارتباطی، روان‌شناختی، جنسی، و صمیمیت می‌شود (شهری، محمدخانی، مؤذنی کیا و چراغعلی، ۱۳۹۶؛ سعادت‌مند، بساک نژاد و امان الهی، ۱۳۹۶؛ طحان، آهنگری و عسکری، ۱۳۹۶؛ بک چالاکی و منصور، ۱۳۹۶؛ خانجانی وشکی، شفیع آبادی، فرزاد و فتحی زاده، ۱۳۹۵؛ سوبرا، تکسیرا و کاستا، ۲۰۱۵؛ جاراسیکو، اسچوماچر، شاو، فورمن و هربرت، ۲۰۱۵؛ لارمار، وایترووسکی و لوئیز-درایور، ۲۰۱۴؛ پترسون، ایفرت، فینگولد و داویدسون، ۲۰۰۹). به‌طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند صمیمیت و عملکرد جنسی بالاتری را در زنان ایجاد کرده و موجب رضایت جنسی بیشتری در آن‌ها گردد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان هدفی مطلوب در جهت بهبود روابط صمیمانه زناشویی و رضایت جنسی در زنان پیش‌یائسه به کار گرفته شده است که در این زمینه به نظر می‌رسد روش‌ها و فنون این درمان بتواند تا حد زیادی علائم این دوران را در زنان مهار کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی در زنان پیش‌یائسه انجام شده و به دنبال پاسخ به سؤال‌های زیر است.

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی زنان پیش‌یائسه مؤثر است؟

۲. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی زنان پیش‌یائسه در مرحله پیگیری دوماهه پایدار می‌ماند؟

## روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شمال شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. با توجه به مراجعه زنان پیش‌یائسه به خانه‌های سلامت شمال شهر تهران که دربرگیرنده

۱. Functional contextualism

مناطق یک تا پنج شهر تهران بود، با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای دو منطقه سه و چهار به‌صورت تصادفی انتخاب و سپس از بین آن ناحیه دو از منطقه سه و ناحیه یک از منطقه چهار به تصادف انتخاب شدند. پس از کسب رضایت و مجوز از مسئول خانه سلامت آن ناحیه اقدام به فراخوان عمومی در این زمینه شد. پس از حضور ۸۶ زن داوطلب واجد شرایط، ضمن اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه‌های صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی پاسخ دهند. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها از بین ۶۴ شرکت‌کننده در غربالگری که نمرات‌شان از نقطه برش یک انحراف استاندارد بیشتر بود، ۴۰ زن انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ زن) و گواه (۲۰ زن) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. در این تحقیق، مشارکت افراد از روی اجبار نبوده و تمامی مشارکت‌کنندگان از روی میل و رغبت به پرسشنامه‌ها پاسخ داده‌اند. در پرسشنامه‌ها، محرمانه بودن اطلاعات رعایت شده است.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه صمیمیت زناشویی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط باگاروزی (۲۰۰۱) تهیه و تنظیم شده است. پرسشنامه مزبور شامل ۴۱ سؤال است و آزمودنی‌ها به شکلی رتبه‌بندی شده، از یک به معنای به‌هیچ‌وجه چنین نیازی وجود ندارد تا ۱۰ به معنای نیاز بسیار زیادی وجود دارد، به هر نیاز پاسخ می‌دهند. نمره بیشتر نشانگر صمیمیت بالاتر و نمره کمتر به معنی صمیمیت کمتر است. در ایران اعتمادی، نوایی نژاد، احمدی و فرزاد (۱۳۸۴) پایایی کل این پرسشنامه را ۰/۹۴ و روایی محتوایی آن را ۰/۵۸ گزارش کرده‌اند. در مطالعه خمس و حسینیان (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل صمیمیت ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای نمره صمیمیت ۰/۷۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه رضایت جنسی<sup>۲</sup>: این پرسشنامه که لارسون، اندرسون، هولمن و نیمن (۱۹۹۸) جهت سنجش میزان رضایت جنسی تدوین کرده‌اند، حاوی ۲۵ سؤال بوده و جواب‌های آن به‌صورت پنج‌گزینه‌ای بر اساس مقیاس لیکرت یک تا پنج امتیازدهی می‌شود. در سؤالات ۱-۲-۳-۱۰-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳ گزینه «هرگز» امتیاز یک و گزینه «همیشه» امتیاز پنج را دریافت می‌کند. در سؤالات ۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۴-۲۵ نیز گزینه «همیشه» امتیاز یک و گزینه «هرگز» واجد امتیاز پنج خواهد بود. امتیاز ۲۵-۵۰ معادل عدم رضایت جنسی، امتیاز ۵۱-۷۵ معادل رضایت جنسی کم، امتیاز ۷۶-۱۰۰ رضایت جنسی متوسط

1. Marital Intimacy Questionnaire

2 Sexual Satisfaction Questionnaire

و امتیاز ۱۰۱-۱۲۵ معادل رضایت جنسی بالا است. در پژوهش هادسون، هریسون و کروسکاپ (۱۹۸۱) جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش بازآزمون و با استفاده از ۱۰ نفر انجام شد که روایی آن ۰/۹۰٪ و پایایی آن ۰/۸۶٪ و همچنین ضرایب پایایی آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین در پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۹۷) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۴ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

**۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup>** در این پژوهش بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس طرح درمان پیوسته که بر اساس کتابچه راهنمای (ACT) که توسط ایفرت و فورسایت (۲۰۰۵) بسط داده شده بود برای گروه آزمایش در هشت جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه در هفته یکبار به شرح زیر اجرا شد.

جلسه یکم. ابتدا با شرکت‌کنندگان رابطه درمانی ایجاد و سپس قرارداد درمانی بسته شد. برای ایجاد رابطه درمانی از استعاره‌های آدو کوه و پیله پروانه استفاده شد تا نشان دهد رابطه بین درمانگر و درمانجو، رابطه‌ای از نوع معلم و شاگردی یا دکتر و بیمار نیست؛ بلکه ارتباطی است متشکل از دو نفر که با هم و در کنار هم از دو کوه بالا می‌روند؛ طوری که هر کدام نقاط ضعف مسیر دیگری را بهتر می‌بینند. در این مرحله از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا استفاده شد و برای ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر که آخرین مرحله این جلسه بود از استعاره ببر گرسنه کمک گرفته شد. همچنین یادداشت تجربه روزانه و تمرین تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه دوم. هدف این جلسه آموزش این نکته بود که کنترل مسئله است، نه راه‌حل. در این مرحله این آگاهی در شرکت‌کنندگان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات زناشویی آن‌ها است و هرچه به مدت طولانی‌تری در تلاش برای کنترل احساس خود درجا بزنند، بیشتر در دور باطل رنج چرخ خواهند زد. برای این منظور از استعاره‌های باتلاق شنی و سوئیچ مبارزه استفاده شد.

جلسه سوم. هدف این جلسه آموزش پذیرش و تمایل، به‌عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه‌ای بود. برای آموزش آن استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا به این صورت برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که تصور کنید که شما با یک هیولا مسابقه طناب‌کشی دارید و در بین شما یک چاه جهنمی وجود دارد. در این طناب‌کشی کدام یک از شما برنده است؟ آیا می‌توانید او را ببرید؟ اگر او شما را به سمت خودش بکشد یا به درون چاه جهنمی می‌افتد یا شما را می‌خورد،

<sup>1</sup> Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

<sup>2</sup> Metaphor

و اگر شما او را به سمت خود ببرید، باز او شما را می خورد. پس چگونه می توانید بر او غلبه کنید و پیروز شوید؟ شرکت کنندگان آموختند که کارشان را کردن طناب است. سپس یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی، هیجان های مثبت و منفی به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم، ابتدا تکالیف خانگی جلسه قبل بررسی و سپس راهبرد گسلس شناختی آموزش داده شد. در این جلسه با استفاده از استعاره ها به شرکت کنندگان آموزش داده شد که وقتی احساساتشان با محتوای کلامی آمیخته می شود، آن محتوا می تواند غلبه کاملی بر زبان، فکر و رفتارشان داشته باشد. در استعاره «اتوبوس» از شرکت کنندگان خواسته شد تا خود را راننده اتوبوسی فرض کنند که بین اصفهان و تهران مسافر جابه جا می کنند. در ضمن یکی از این سفرها، یک جایزه بزرگ در تهران برنده شده اند که باید تا آخر وقت اداری فردا، خود را به آن جا برسانند، ولی در بین راه تعدادی اراذل سر راه اتوبوس را می گیرند و از راننده می خواهند که آن ها را جایی غیر از تهران ببرد. جایزه، همان ارزش ها و اراذل، افکار و احساسات مزاحم، و مسیر همان اعمال درستی است که فرد را در مسیر ارزش ها پیش می برد.

جلسه پنجم، ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خود به عنوان زمینه آموزش داده شد. در این جلسه از استعاره «خانه با مبلمان و صفحه شطرنج» برای آموزش استفاده شد؛ در این استعاره ها سه مفهوم الف) خود مفهوم سازی شده، ب) خود به عنوان فرایند خود آگاهی پویا و ج) خود مشاهده گر مورد توجه قرار گرفت و در ادامه برای درک مفاهیم «خود»، آموزش های لازم همراه با مثال هایی ارائه شد. به عنوان مثال برای تفهیم خود مشاهده گر به شرکت کنندگان گفته شد، هنگامی که آن ها قادر به ارتباط با حس پایداری از خود هستند که ورای افکار و احساسات و برچسبها است، به آن خود مشاهده گر گویند. تمرین استعاره صفحه شطرنج به عنوان روشی که فرد بتواند تسلط بیشتری بر افکار و احساسات خود داشته باشد، تکلیف خانگی این جلسه بود.

جلسه ششم، هدف این جلسه تصریح ارزش ها بود. به شرکت کنندگان گفته شد، ارزش ها عبارت است از توصیف های هر فرد از آنچه برای وی مهم است و نیز جهتی است که فرد در زندگی می خواهد به سمت آن حرکت کند. همچنین بیان شد که ارزش ها با احساسات تعیین نمی شوند؛ وقتی فردی طبق ارزش هایش رفتار می کند، ممکن است انواع احساسات را تجربه کند؛ اما آن

<sup>1</sup> Cognitive Fusion

<sup>2</sup> self-conceptualized

<sup>3</sup> self as a process of dynamic self-consciousness

<sup>4</sup> self-observer



احساسات تعیین‌کننده این نیست که آیا ارزش‌های منتخب، هنوز ارزشمندند یا نه. در این جلسه برای درک بهتر ارزش‌ها و تمایز بین ارزش و هدف از استعاره «مراسم تدفین» استفاده و تعیین ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه هفتم، ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خلق بزرگ‌تر و پایدارتر عمل متعهدانه آموزش داده شد. در این جلسه از مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها، استفاده شد. هدف مواجهه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود. در این مرحله موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی در زمینه موانع تجربه‌ای مثل هیجان‌های دشوار، خاطره‌ها، افکار، و موانع محیطی مثل عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان پشتوانه و منابع حمایتی، و شریک غیرحمایت‌کننده تشریح و سپس از شرکت‌کنندگان درخواست شد مثال‌هایی در زمینه‌های مزبور را که در زندگی خود تجربه کرده‌اند در گروه مطرح کنند. تعیین موانع عمل متعهدانه و خلق الگوهای بزرگ‌تر و پایدارتر عمل متعهدانه نیز به‌عنوان تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه هشتم، در این جلسه ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و آموخته‌های جلسات پیشین جمع‌بندی شد و سؤال‌های شرکت‌کنندگان مورد بحث قرار گرفت. سپس الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان آموزش داده شد تا برای جایگزینی آمیختگی با افکار، ارزشیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجربه‌ها، و دلیل‌آوری برای رفتارها با پذیرش، انتخاب ارزش‌ها، و عمل متعهدانه، این سرفصل‌ها را روی برگه‌ای بنویسند و مقابل چشمان خود قرار دهند و به تمرین آن‌ها بپردازند. در انتها بر تمرین آموخته‌ها تأکید و از آن‌ها قدردانی شد.

### شیوه اجرا

پس از هماهنگی با سرای محله و خانه‌های سلامت شمال تهران، طی فراخوانی ۴۰ زن پیش‌یائسه پس از غربالگری انتخاب شدند. پیش از شروع آموزش، درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات به زنان توضیح داده شد. جلسه‌های درمان به‌صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش در روزهای شنبه از ساعت ۱۶ الی ۱۷:۳۰ برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری دو ماهه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

## یافته‌ها

از ۴۰ نفر شرکت‌کننده در این پژوهش دو نفر (۶/۷ درصد) در گروه سنی ۴۵-۴۸ در گروه آزمایش و سه نفر (۱۳/۳ درصد) در گروه گواه، ۱۲ نفر (۶۶/۷ درصد) در گروه سنی ۴۹-۵۳ در گروه آزمایش و ۱۱ نفر (۶۰ درصد) در گروه گواه، شش نفر (۲۶/۷ درصد) در گروه سنی ۵۴ به بالا در گروه آزمایش و شش نفر (۲۶/۷ درصد) در گروه گواه بودند. همچنین چهار نفر (۲۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم در گروه آزمایش و در گروه گواه، شش نفر (۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم در گروه آزمایش و در گروه گواه، هشت نفر (۴۶/۷ درصد) دارای تحصیلات لیسانس در گروه آزمایش و هفت نفر (۴۰ درصد) در گروه گواه، همچنین دو نفر (۶/۶ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس در گروه آزمایش و ۳ نفر (۱۳/۳ درصد) در گروه گواه بودند.

### جدول ۱. شاخص‌های توصیفی رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی برای گروه گواه و آزمایش

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
		معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار
رضایت جنسی	آزمایش	۹۳/۱۰	۳/۹۰	۱۰۴/۳۰	۸/۳۴	۱۰۲/۹۵	۷/۴۵
	گواه	۹۱/۵۵	۲/۲۷	۹۱/۹۸	۱/۵۳	۹۰/۷۰	۲/۳۱
صمیمیت زناشویی	آزمایش	۱۲۷/۸۰	۱۹/۲۳	۱۳۸/۵۰	۱۳/۷۳	۱۴۲/۳۵	۲۰/۰۱
	گواه	۱۲۶/۳۰	۱۳/۷۳	۱۲۵/۴۰	۱۱/۵۲	۱۲۴/۳۰	۹/۷۶

همان‌طور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین نمره کل رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی از پیش‌آزمون بیشتر است. این تفاوت‌ها در گروه کنترل محسوس نیست.

### جدول ۲. نتایج آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه	کولموگراف-اسمیرنف	آزمون لوین	W موخلی
			Z	F	χ <sup>۲</sup> مقدار
			سطح معناداری	سطح معناداری	آماره
رضایت جنسی	آزمایش	۰/۱۴	۰/۳۷	۱/۵۶	۰/۷۲
	گروه	۰/۱۵	۰/۳۱		۱۲/۱۶**
صمیمیت	آزمایش	۰/۲۲	۰/۰۹	۲/۶۵	۰/۸۰
زناشویی	گروه	۰/۲۰	۰/۱۱		۸/۰۴*

\*P<۰/۰۵ \*\*P<۰/۰۱

نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف در جدول شماره (۲) حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی) است. همچنین آماره  $W$  موخلی برای متغیرهای پژوهش معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است. بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. در این شرایط از اصلاح اپسیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شد.

### جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری در دو گروه

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
رضایت جنسی	مراحل مداخله	۶۹۹/۸۱	۱/۵۶	۴۴۷/۹۸	۳۸/۷۴**	۰/۵۰
	مراحل × گروه	۸۰۴/۵۱	۱/۵۶	۵۱۵/۰۰	۴۴/۵۴**	۰/۵۴
	گروه	۲۳۵۸/۵۳	۱	۲۳۵۸/۵۳	۳۹/۴۶**	۰/۵۰
صمیمیت	مراحل مداخله	۸۷۰/۳۵	۱/۶۷	۵۲۰/۱۸	۸/۸۸**	۰/۱۸
زناشویی	مراحل × گروه	۱۴۴۳/۲۱	۱/۶۷	۸۶۲/۵۶	۱۴/۷۲**	۰/۲۷
	گروه	۳۵۵۳/۴۰	۱	۳۵۵۳/۴۰	۴/۹۴*	۰/۱۱

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

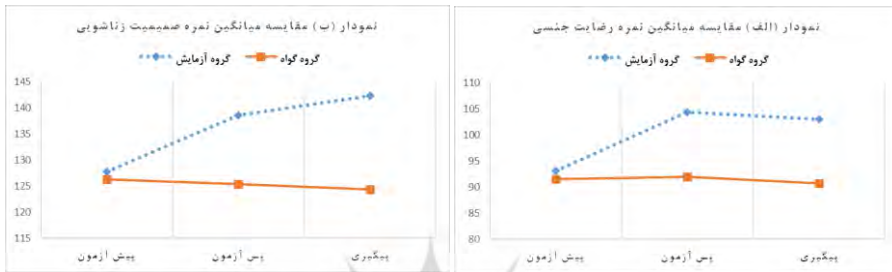
نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمرات رضایت جنسی ( $P = 0.001$ ) با اندازه اثر ۰/۵۰ و بر نمره صمیمیت زناشویی ( $P = 0.032$ ) با اندازه اثر ۰/۱۱ مؤثر بوده است.

### جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پیش‌آزمون - پیگیری	پس‌آزمون - پیگیری
رضایت جنسی	تفاوت	تفاوت	تفاوت
صمیمیت زناشویی	تفاوت	تفاوت	تفاوت
	میانگین	میانگین	میانگین
	معیار	معیار	معیار
	۵/۵۷**	۴/۵۰**	۰/۷۶
	۴/۹۰**	۶/۲۷**	۱/۵۳
	۱/۰۷	۰/۷۴	۱/۸۵
	۱/۳۷	۱/۸۵	۴/۲۴

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

در جدول شماره (۴) نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات رضایت جنسی ( $P=0/001$ ) و صمیمیت زناشویی ( $P=0/001$ ) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی معنادار نیست. این یافته بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.



شکل ۱. تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

همان‌طور که در نمودارهای (الف) و (ب) نشان داده شده است نمره رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته و این افزایش در مرحله پیگیری نیز پایدار نشان می‌دهد. ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

بررسی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین صمیمیت زناشویی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. بر اساس این نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش باعث افزایش صمیمیت زناشویی در پس‌آزمون شده است. نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش شهری و همکاران (۱۳۹۶)، سعادت‌مند و همکاران (۱۳۹۶)، آقاجانی و ایروانی (۱۳۹۵)، خان‌جانی و همکاران (۱۳۹۵)، بويس و همکاران (۲۰۱۳) و لارما و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که افکار و احساسات به‌طور طبیعی بروز کنند، تعارضات با همسر حل شود، ارتباطات جدید و مثبت شروع شود تا صمیمیت گسترش یافته و در نهایت رضایت زناشویی به‌تدریج افزایش یابد. زوجها در طی سال‌های مختلف ممکن است دچار تعارض و ناسازگاری بوده و مدام سعی بر تغییر یکدیگر

کنند. آن‌ها تلاش می‌کنند تا از رهاسازی ذهن خویش درباره اختلاف‌های بین‌فردی اجتناب کرده و شیوه‌های کنترل بین‌فردی و خصومت نسبت به یکدیگر را در پیش گیرند (بوپس و همکاران، ۲۰۱۳). در جریان این درمان، صمیمت رو به بهبود می‌رود و این بهبود به‌واسطه پذیرش، عدم اجتناب تجربی، و عدم استفاده از شیوه‌های کنترل، افزایش ذهن‌آگاهی، مشخص-شدن ارزش‌ها، تعدیل انتظارات، و کاهش قضاوت است (سعادت‌مند و همکاران، ۱۳۹۶). این بهبود کاملاً برای زنان پیش‌یائسه محسوس است و به‌صورت یک تقویت طبیعی برای اشتیاق به ادامه درمان عمل می‌کند. این رویکرد به‌ویژه برای زوج‌هایی مناسب است که پیوندهای هیجانی‌شان با یکدیگر سست شده و صمیمیت قابل توجهی را در کنار هم تجربه نمی‌کنند (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر ادراک زنان از روابط صمیمانه به‌واسطه تبادلات عاطفی فرد در زمان کودکی و در ارتباط با افراد نزدیک او شکل گرفته است (لارما و همکاران، ۲۰۱۴). در این درمان آگاه‌ساختن زنان پیش‌یائسه از طرحواره‌های صمیمیت و کمک به اصلاح آن‌ها یکی دیگر از عوامل تبیین‌کننده بهبود روابط و افزایش صمیمیت در طی درمان است (عیسی‌نژاد جهرمی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۷).

همچنین بررسی نتایج دیگر این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین رضایت جنسی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. بر اساس این نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش - در مقایسه با گروه کنترل - باعث افزایش رضایت جنسی در پس‌آزمون شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش عیسی‌نژاد جهرمی و دشت‌بزرگی (۱۳۹۷)، سارمی‌نژاد و شارمی (۲۰۱۷)، طحان و همکاران (۱۳۹۶)، اکبری ترکستان و همکاران (۱۳۹۶)، سوبرا و همکاران (۲۰۱۵)، جاراسیکو و همکاران (۲۰۱۵) و پترسون و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی‌اند. آنچه که افکار را تبدیل به باور می‌کند، آمیخته‌شدن فرد به محتوای افکار است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). به‌طور کلی این راهبرد درمانی به افراد کمک می‌کند تا با ارتباط کامل با زمان حال و ذهن‌آگاهی به تغییر رفتارها و افکار نادرست بپردازند و از این طریق زوجها می‌توانند رضایت کاملی از زندگی خود داشته باشند و به‌خوبی زندگی خویش را پیش برده، مسائل و مشکلات‌شان را به نحو مطلوبی حل کنند، و برای حل مشکلات به توافق دست یابند (دال و همکاران، ۱۳۹۴/۲۰۱۵).

از آنجایی که نیاز جنسی از نیازهای بنیادی بشر محسوب می‌شود، ارضای صحیح این نیاز موجب احساس لذت شده و در سطوح عالی‌تر باعث افزایش اعتماد به‌نفس، احساس خودکارآمدی و در نهایت ایجاد نگرش مثبت به محیط پیرامون می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش

و تعهد به طور کلی موجب افزایش آگاهی افراد نسبت به شیوه ارضای صحیح نیاز جنسی شده و همین امر موجب افزایش عناصر سلامت روانی می‌گردد که شادکامی نیز در این حوزه جای دارد (جاراسیکو و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان به منظور کاهش تعارض‌های میان همسران و ارتقاء روابط صمیمانه زوجی به روانشناسان، روان‌پزشکان، مشاوران، مددکاران و کلیه متخصصان متصدی مسائل زناشویی و ازدواج پیشنهاد شود تا از این مدل در برنامه‌های آموزش پیش از یائسگی زنان، استفاده شود؛ همچنین با توجه به تأثیر روش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عواطف مثبت و بهبود ارتباطات متقابل زوجین پیشنهاد می‌شود که از این مدل در برنامه‌های آموزش پیش از یائسگی زنان سایر مناطق نیز استفاده شود. از آنجایی که نمونه این پژوهش به صورت نمونه‌گیری از طریق فراخوان و ابزار مورد استفاده نیز به صورت خودسنجی بوده است، در تعمیم‌پذیری نتایج تحقیق به کل جامعه آماری باید احتیاط نمود. همچنین این پژوهش در بین زنان پیش‌یائسه خانه‌های سلامت مناطق سه و چهار تهران انجام شده است و در تعمیم آن به گروه‌های دیگر باید جانب احتیاط رعایت گردد.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شده، و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت گشت. همچنین برای رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام پژوهش، زنان حاضر در گروه گواه نیز طی هشت جلسه یکساعته تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاسگزاری

از مدیر محترم خانه‌های سلامت شمال شهر تهران و همه شرکت‌کنندگانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند، کمال تشکر و قدرانی را داریم.

### مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است و نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، روش‌شناسی، تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری و ویراستاری این مقاله داشته‌اند.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسنده مسئول، این مقاله پشتیبان مالی ندارد.

## منابع

- آقاجانی، فیروزه، و ایروانی، محمدرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین اصفهانی. پنجمین همایش ملی روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی، اسفند ۹۵: (۲): ۴۴۶-۴۵۸. [پیوند].
- اکبری ترکستانی، نعیمه، رمضان نژاد، پلینوس، عابدی، محمدرضا، عشرتی، بابک، موحد مجد، مجید، و نکوبهر، عباس. (۱۳۹۶). تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زوجین. مجله پرستاری و مامایی ارومیه ۱۵ (۴): ۲۵۱-۲۴۴. [پیوند].
- اعتمادی، عذرا، نوابی نژاد، شکوه، احمدی، سیداحمد، و فرزاد، ولی اله. (۱۳۸۴). تعیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زوجین. مطالعات روان‌شناختی، ۲(۱): ۶۹-۸۷. [پیوند].
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انتشارات جنگل، تهران.
- بک‌چالاک، نسرین، و منصوری، احمد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان «پذیرش و تعهد» در رضایت از زندگی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد. مجله مطالعات ناتوانی، ۷(۲): ۸۹-۸۹. [پیوند].
- خانجانی وشکی، سحر، شفیع آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی‌الله، و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری (CBCT) و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۷ (۴): ۳۱-۴۰. [پیوند].
- خمس، اکرم، و حسینیان، سیمین. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. مطالعات زنان، ۱۰(۱): ۲۰۹-۲۲۰. [پیوند].
- سعادت‌مند خدیجه، بساک‌نژاد سودابه، امان‌الهی عباس. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و بخشش زوج‌ها. روانشناسی خانواده، ۴(۱): ۵۲-۴۱. [پیوند].
- سلگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۱ (۴) پیاپی ۴۴: ۵۳۵-۵۵۵. [پیوند].
- شهری، شایسته، محمدخانی، پروانه، مؤذنی کیا، سمانه، و چراغعلی، مریم. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زوجها برای افزایش صمیمیت و سلامت جنسی در زوجین. سومین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران. کد مقاله: IICMO03\_248. [پیوند].

رستمی، مهدی، سعادت، نادره، و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه آموزش زوج‌درمانی هیجان مدار و راه‌حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و رضایت جنسی زوجین. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۲(۸): ۱-۲۲. [پیوند].

دال، جوآن، استوارت. یان، مارتل، کریستوفر و کاپلان، جانانان. (۱۳۹۴). *ACT و RFT در روابط: کمک به مراجعین مشتاق صمیمیت و حفظ تعهدات سالم*. ترجمه: نوابی‌نژاد، شکوه؛ سعادت، نادره و رستمی، مهدی. چاپ اول، تهران: انتشارات جنگل (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۵).

طحان، محمد، آهنگری، الهه، عسکری، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر افزایش رضایت جنسی در افراد با سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه روانشناسی تحلیل شناختی*، ۸(۲۹): ۶۵-۷۴. [پیوند].

عیسی‌نژاد جهرمی، سولماز، دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۱۳۹۷؛ ۶: (۱): ۶۳-۷۱. [پیوند].

فانی سبحانی، فاطمه، خلعتبری، جواد، و رحمتی، صمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدنی بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲ (۱) (پیاپی ۴۵): ۲۵-۴۶. [پیوند].

مرمرچی نیا، مژگان، و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۱(۲) (پیاپی ۴۲): ۱۵۷-۱۷۴. [پیوند].

Bagarozzi, D.A. (2001). *Enhancing Intimacy in marriage: A clinicians handbook*. Brunner\_Routledge.

Bois k. Bergeron S. Rosen N.O. McDuff P. Gregoire A.B (2013). Sexual and Relationship Intimacy among Women with Provoked Vestibulodynia and Their Partners: Associations with Sexual Satisfaction, Sexual Function, and Pain Self-Efficacy. *The Journal of Sexual Medicine*; 10(8); 2024-2035 [Link].

Canavarro MC, Silva S, Moreira H.(2015). Is the link between posttraumatic growth and anxious symptoms mediated by marital intimacy in breast cancer patients? *Eur J Oncol Nurs*. 19(6):673-9 [Link].

Chan JL, Letourneau J, Salem W, Cil AP, Chan S, et al. (2015). Sexual satisfaction and quality of life in survivors of localized cervical and ovarian cancers following fertility-sparing surgery. *Gynecol Oncol*. 139(1):141-7 [Link].

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005a). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*. Oakland, CA: New Harbinger



- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464 [[Link](#)].
- Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, et al. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults. *J Sex Med*. 13(11):1642-50 [[Link](#)].
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17(2), 74-157. [[Link](#)].
- Hayes, S. C., & Strosahl, K.D.(2010). *Apractical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002 [[Link](#)]
- Herbert, j. D., & Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy* Hoboken, NJ: Wiley.
- Juarascio [A.S.](#), Schumacher L.M., Shaw J., Forman E.M., Herbert J.D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1); 42-47 [[Link](#)]
- Jun E, Kim S, Chang S, Oh K, Kang HS, Kang SS.(2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nurs*. 34(2):142-9 [[Link](#)]
- Katterman [S.N.](#), Goldstein S.P., Meghan L.B., Forman E.M., Michael R., (2014). Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in sexual satisfaction young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1); 45-50 [[Link](#)].
- Larmar, S., Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221 [[Link](#)]
- Larson, J. H., Anderson, S.M., Holman, T. B., & Niemann, B. K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24, 193-206 [[Link](#)].
- Oakley SH, Walther-Liu J, Crisp CC, Pauls RN. (2016). Acupuncture in premenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a prospective cohort pilot study. *Sex Med*. 4(3):176-81 [[Link](#)]
- Pae C, Mandelli L, Kim T, Han C, Masand PS, et al. (2009). Effectiveness of antidepressant treatments in premenopausal versus post-menopausal

- women: A pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects. *Biomed Pharmacother.* 63(3):228 [Link]
- Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract*, 16(4): 430–442 [Link]
- Saremi Nezhad M., Shameli L. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction of couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(1): 58-65 [Link]
- Seftel AD. (2016). Female partners of men with peyronie's disease have impaired sexual function, satisfaction, and mood, while degree of sexual interference is associated with worse outcomes. *J Urolo.* 196(5):1516-7 [Link]
- Seib C, Anderson D, Lee K, Humphreys J. (2013). Predictors of mental health in post-menopausal women: Results from the Australian healthy aging of women study. *Maturitas.* 76(4):377-83 [Link]
- Sobral M.P., Teixeira C.P & Costa M.E. (2015). Who Can Give Me Satisfaction? Partner Matching in Fear of Intimacy and Relationship Satisfaction. *The Family Journal*, 23(3); 247-253 [Link]
- Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 40(4):275-93 [Link]
- Zerach G, Anat B, Solomon Z, Heruti R. (2010). Posttraumatic symptoms, marital intimacy, dyadic adjustment, and sexual satisfaction among ex-prisoners of war. *J Sex Med.* 7(8):2739-49 [Link]

\*\*\*

### پرسشنامه رضایت جنسی

ردیف	عبارت	همیشه	اغلب وقت‌ها	بعضی وقت‌ها	به ندرت	هرگز
۱	من احساس می‌کنم که همسر من از زندگی جنسی‌مان لذت می‌برد	۵	۴	۳	۲	۱
۲	ارتباط جنسی در زندگی ما خیلی پرنرنگ است	۵	۴	۳	۲	۱
۳	ارتباط جنسی برای من و همسر من هیج و مفرح است	۵	۴	۳	۲	۱
۴	ارتباط جنسی ما بسیار سریع و با عجله است	۵	۴	۳	۲	۱
۵	من احساس می‌کنم که زندگی جنسی ما فاقد کیفیت است	۵	۴	۳	۲	۱
۶	همسر من به لحاظ جنسی تهییج شده است	۵	۴	۳	۲	۱
۷	من از روش‌ها و تکنیک‌های جنسی که همسر من دوست دارد یا بکار می‌برد، لذت می‌برم	۵	۴	۳	۲	۱
۸	من احساس می‌کنم که همسر من تقاضای رابطه جنسی بیش از حد از من دارد	۵	۴	۳	۲	۱
۹	من فکر می‌کنم رفتار جنسی ما فوق‌العاده است	۵	۴	۳	۲	۱
۱۰	دل مشغولی همسر من در مورد روابط جنسی بسیار زیاد است	۵	۴	۳	۲	۱

۵	۴	۳	۲	۱	۱۱	من سعی می‌کنم از برخورد جنسی با همسرم اجتناب کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	همسر من به هنگام روابط جنسی بسیار خشن و بی‌رحم است
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳	همسر من یک شریک جنسی فوق‌العاده است
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴	من فکر می‌کنم که در روابط ما، رفتار جنسی یک عملکرد طبیعی است
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵	هنگامی که من نیاز به ارضای جنسی دارم، همسرم تمایلی نشان نمی‌دهد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶	من احساس می‌کنم که زندگی جنسی ما، روابط ما را واقعا تقویت می‌کند
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷	ظاهراً همسرم از مواجهه جنسی با من اجتناب می‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸	برای من آسان است که بوسیله همسرم به تحریک جنسی برسم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹	من احساس می‌کنم که همسرم را به لحاظ جنسی خشنود و راضی می‌کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰	همسر من به نیازها و تمایلات جنسی من بسیار حساس است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱	همسر من مرا از نظر جنسی ارضا نمی‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲	احساس می‌کنم که زندگی جنسی من خسته کننده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳	همسر من به نیازها و تمایلات جنسی من بسیار حساس است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴	همسر من مرا از نظر جنسی ارضا نمی‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵	احساس می‌کنم که زندگی جنسی من خسته کننده است.

\*\*\*

### پرسشنامه صمیمیت زناشویی

یک نیاز شیدا قوی است					اصلاً یک نیاز قوی نیست					عبارت
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱- به طور کلی نیاز به انتقال و در میان گذاشتن احساساتتان چقدر قوی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲- چقدر احساساتان را با همسران در میان بگذارید شما را درک کرده و گوش کند؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت عاطفی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴- چقدر برای شما و رضایت از همسران مهم است که او احساسات مثبت و منفی اش را با شما در میان بگذارد؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای در میان گذاشتن و انتقال احساساتش با شما است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶- به طور کلی نیاز شما به صمیمیت روانشناختی چقدر قوی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷- چقدر برای شما مهم است، امیدها، رؤیایها و علایق را افشا می‌کنید، همسران شما را درک کرده و به شما گوش کند؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت روانشناختی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹- چقدر برای شما و رضایت از همسران مهم است که او اطلاعات و جزئیات مربوط به خودش را با شما در میان گذاشته و افشا کند و اینکه ترس های درونی، علایق، مشکلات، امیدها، رؤیایها و آرزوهایش را با شما در میان بگذارد؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای افشاء اطلاعات مربوط به خودش و در میان گذاشتن ترسهای درونی، علایق، مشکلات، امیدها، رؤیایها و آرزوهایش با شما است؟

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱- نیاز شما به در میان نهادن عقاید، افکار و باور مهم با همسران چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۲- چقدر برای شما مهم است که هرگاه عقاید، افکار و باورهای مهم با همسران در میان می گذارید او شما را درک کرده و به شما گوش کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۳- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمت عقلانی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۴- چقدر برای شما و رضایت از همسران مهم است که او عقاید، افکار و باورهایش را با شما در میان بگذارد؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۵- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای در میان گذاشتن عقاید، افکار و باورهایش با شماست؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۶- به طور کلی نیاز شما به صمیمیت جنسی چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۷- چقدر برای شما مهم است که هرگاه عقاید و تمایلات خود درباره مسائل جنسی را با همسران در میان می گذارید او شما را درک کرده و به شما گوش کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۸- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت جنسی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۹- چقدر برای شما مهم است که همسران افکار، تمایلات و خیالات جنسی اش را با شما در میان بگذارد و نیازهای جنسی را به شما انتقال دهد؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۰- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای در میان گذاشتن افکار، احساسات، تمایلات و نیازهای جنسی اش است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۱- به طور کلی نیاز شما به صمیمیت بدنی چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۲- چقدر برای شما مهم است همسران اظهارات شما شروع می- کنید را درک کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۳- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به نزدیکی و تماس جسمانی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۴- چقدر برای شما مهم است که همسران نزدیکی و تماس جسمانی را شروع کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۵- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای تماس جسمانی با شماست؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۶- به طور کلی نیاز شما به صمیمیت معنوی چقدر قوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۷- چقدر برای شما مهم است، همسران وقتی افکار، احساسات و تجاربتان درباره موضوعات معنوی را با او در میان می گذارید شما را درک کرده و به شما گوش کند؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۸- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت معنوی است؟
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۲۹- چقدر برای شما و رضایت از همسران مهم است که او افکار، باورها و احساسات و تجاربش در زمینه معنوی را با شما در میان بگذارد؟

۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۰- چقدر برای شما مهم است با همسران در جشنها و مراسم مذهبی شرکت کنید؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۱- چقدر همسران قادر به ارضا انتظارات شما برای انتقال تجارب معنویاش است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۲- به طور کلی نیاز و تمایل شما به در میان گذاشتن زیبایی چقدر است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۳- چقدر برای شما مهم است که هر گاه تلاش می کنید تا احساسات و تجارب زیباشناختی را با همسران در میان بگذارید او به شما گوش کند؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۴- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت زیباشناختی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۵- چقدر برای شما رضایت از همسران مهم است که همسران تجارب و احساساتی که او زیبا، فرحبخش یا الهام بخش در نظر می گیرد را با شما در میان بگذارد؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۶- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای انتقال و در میان گذاشتن تجارب و احساساتی است که او زیبا، فرحبخش یا الهام بخش در نظر می گیرد؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۷- به طور کلی نیاز و تمایل شما به صمیمت اجتماعی-تفریحی چقدر قوی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۸- چقدر برای شما مهم است که همسران در فعالیت‌های اجتماعی- تفریحی که شما شروع می کنید مشغول شود؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۹- تا چه حد همسران قادر به ارضا نیاز شما به صمیمیت اجتماعی- تفریحی است؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۰- چقدر برای شما مهم است که همسران مشارکت در فعالیتها و تجارب تفریحی و لذت بخش و اجتماعی را شروع کرده و آن را از شما درخواست کند؟
۱	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۱- تا چه حد همسران قادر به ارضاء انتظارات شما برای شروع و مشغول شدن شما در فعالیت‌های اجتماعی- تفریحی همراه با اوست؟