



Compare the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Marital Satisfaction

Received: 2020-03-22

Accepted: 2021-03-10

Zahra Zahedi	MA in counseling, Department of Counseling, Bandarabas University, Bandaabas, Iran.
Arman Azizi	PhD in counseling, Department of Counseling, University of Isfahan, Iran.
Sefollah Rahmani Seif_rahmani@yahoo.com	Assistant professor in education, Department of education science, farhangian university of Kurdistan, kurdistan, Iran. (Corresponding Author)
Fateme Zarein	MA in counseling, Department of Counseling, Azad University, research sciences, Yazd Unit, Iran
Maryam Ranjbar	MA in counseling, Department of Counseling, Azad University, research sciences, Ahvaz, Iran.

Abstract

Many factors can effect on marital satisfaction, and sexual dissatisfaction can be one of these factors. The purpose of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on marital satisfaction of women with sexual dissatisfaction. The present study is an experimental design with pre-test and post-test with the control group. The statistical population of the study consisted of women with sexual dissatisfaction who were referred to counseling centers in Tehran (750 persons) in 2019 (9 counseling centers). Using a random sampling method, 45 volunteer women who met the criteria for admission (through a diagnostic semi-structured interview) were selected and randomly assigned into three groups ACT, CBT, and control with each group of 15 persons. Then each experimental group treated for 9 sessions of 1.5 hours and the control group did not receive any treatment. Members of all three groups completed the Enrich couple satisfaction questionnaire (Fowers, Olson, 1989) in both pre-test and post-test stages. Analysis of covariance showed that the mean scores of marital satisfaction in both experimental groups were significantly increased in the post-test compared to the control group ($P \leq 0/05$, $F=259/39$). In addition, ACT treatment had more effect on marital satisfaction than CBT treatment. Therefore, therapists and family counselors can use acceptance and commitment therapy to work on a couple's sexual dissatisfaction so that in addition to solving their problem, marital satisfaction increased and take an important step to reduce divorce.

Key words: *acceptance and commitment therapy, cognitive-behavioral therapy, sexual dissatisfaction, marital satisfaction*

Introduction

One of the common concepts to show the level of happiness and stability of the marital relationship is marital satisfaction, which means people's satisfaction and satisfaction with their married life. Marital satisfaction is a condition in which a couple meets each other's needs and is defined as understanding, supporting, and approving a partner (Derrick, Houston, Quigley, Testa, Kubiak, Levitt, et al •2016).

One of the important indicators of couples' satisfaction with each other is sexual satisfaction (Breznyak, & Whisman, 2004). Sexual satisfaction is an important indicator of sexual health and is associated with life satisfaction (Shindel, Baazeem, Eardley & Coleman, 2016). Sexual satisfaction plays an important role in the mental health and intimacy of couples and is not only physical pleasure but also sexual satisfaction and emotional satisfaction (Flynn, Lin, Bruner, Cyranowski, Hahn, & et al, 2016; Seftel, 2016). Today, various psychological methods are used to reduce sexual dissatisfaction and increase marital satisfaction. One of them is cognitive-behavioral therapy that follows a general structure. Another is acceptance-based therapy. This treatment is different from traditional cognitive-behavioral therapy. Its underlying principles include one. Accepting or wanting to experience pain or other disturbing events without attempting to control them; two. Value-based or commitment-based action to act as meaningful personal goals before the removal of unwanted experiences. As sexual dissatisfaction is hidden between couples and sexual dissatisfaction has a direct effect on marital satisfaction, no research was conducted to compare the effectiveness of these treatments on marital satisfaction in women with sexual dissatisfaction. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of acceptance commitment therapy and cognitive behavioral therapy on marital satisfaction in women with sexual dissatisfaction so that more effective treatment for this problem can be identified and therapists can use it with full confidence.

Therefore, this study was conducted to answer the following questions: 1. Are acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy effective on marital satisfaction of women with sexual dissatisfaction? 2. Which of the acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy is more effective on marital satisfaction of women with sexual dissatisfaction?

Methodology

The present study was experimental design with a pretest-posttest and a control group. The statistical population consisted of women with sexual dissatisfaction who were referred to counseling centers in Tehran (750 persons) in 2019 (at nine counseling centers). Using a random sampling method, 45 volunteer women who met the criteria for admission (through a diagnostic semi-structured interview) were selected and randomly assigned into three groups ACT, CBT, and control with each group of 15 persons. First, in all three groups, the Enrich Couples Satisfaction Scale was implemented, then the ACT and CBT groups were treated in 9 sessions, and the control group did not receive treatment. Finally, the questionnaire was retested for all three groups as a posttest, and the research data was analyzed using the covariance analysis method. The research tool was a 35-item questionnaire that had four subscales and could be used as a research tool in the areas of satisfaction, communication, and conflict resolution. Act therapy sessions based on (Harris, 2007) and CBT therapy sessions based on Foa & Franklin (2001) guidelines were performed in 9 sessions.

Results and discussion

The design of this research is the pre-test-post-test type with a control group, with statistical tests of covariance, this test is the best method of analysis for this kind of researches. Using this test requires the observance of some initial assumptions, all of them observed in this study. As shown in Table (1), the difference between the groups in the posttest is statistically significant due to the control of the effect of the pretest ($P \leq 0.000$). Therefore, the results show the difference between the groups.

Table 1.

Results of covariance analysis to significant investigate the difference in mean in marital satisfaction variable

Source	Df	Ms	F	Sig.	Eta	power
pre-test	1	2.574	0.105	0.748	0.003	0.062
group	2	6375.27	259.39	0.000	0.927	1.000
Error	41	24.578				
Total	45					

The follow-up test was used to evaluate which of the two treatments had the greatest effect on marital satisfaction.

Table2.

Follow-up test to determine the effect of more effective treatment on marital satisfaction

Group I	J Groups	difference between the I-J means	standard deviation	Sig
act	CBT	11.31	1.89	0.000
	control	42.17	1.95	0.000
CBT	act	-11.31	1.89	0.000
	control	30.85	1.81	0.000
control	act	-42.17	1.95	0.000
	CBT	-30.85	1.81	0.000

Table 2 showed that there is a significant difference between the mean groups. This means that there is a difference between both act and CBT treatments, and this difference can be seen between the treatment groups and the control group. Although both methods have a positive effect on women's marital satisfaction, ACT treatment (42.17) was more effective than CBT treatment (30.85).

Conclusion

Results showed that both CBT and ACT treatment was effective in increasing marital satisfaction of women with sexual dissatisfaction, but ACT treatment was more effective than CBT. Because in the ACT, we seek to change the thoughts and behavior of the clients less than the CBT, so the resistance of the clients to change is less and also because of psychological flexibility, person's marital satisfaction improves, and finally, the improvement of the relationship is the result. Thus, marital satisfaction in the ACT is more affected than CBT. In addition, awareness of avoided experiences and adherence to action based on individual values are other reasons for the effectiveness of the ACT.

Acknowledgments

The authors of the research sincerely thank all the esteemed subjects participating in the research.

Authors' contributions

Software and Validation: Zahra Zahedi; Analysis, investigation, resources, data curation and writing: Arman Azizi and Sefollah Rahmani; Review & editing and supervision: Fatemeh Zarein & Maryam Ranjbar.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies.

Availability of data and materials

Email: Armanazizi2020@gmail.com

Ethics approval and consent to participate

All study participants filled out an informed consent form, and the researchers assured them that the results of the study would be confidential.

Consent for publication

The authors are completely satisfied with this article being published.

Competing interests

The authors declare no conflict of interest.

References

- Brezsnyak, M., & Whisman, M. (2004). Sexual desire and relationship functioning; It is the effect of marital satisfaction and power. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30(3), 199-217. [[link](#)]
- Derrick, JL, Houston, RJ, Quigley, BM, Testa, M, Kubiak, A, Levitt A, et al. (2016). (Dis) similarity in impulsivity and marital satisfaction: A comparison of volatility, compatibility, and incompatibility hypotheses. *Journal of research in personality*, 61, 35-49. [[link](#)]
- Foa, E.B., Franklin, M.E. (2001). Obsessive-Compulsive Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp.209- 263). New York: Guilford Press. [[link](#)]
- Flynn, K.E., Lin, L., Bruner, D,W., Cyranowski, JM., Hahn, E, A., & et al. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout

the life course of U.S. adults. *Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642-1650.

[link]

Harris, R. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory Workshop Handout*. [Internet]. Available from [link]

Seftel, A. D. (2016). Female partners of men with Peyronie's disease have impaired sexual function, satisfaction, and mood, while the degree of sexual interference is associated with worse outcomes. *Journal of Urology*, 196(5), 1516-1517. [link]

Shindel, A.W., Baazeem, A., Eardley, I., & Coleman, E. (2016). Sexual health in undergraduate medical education: existing and future needs and platforms. *The journal of sexual medicine*, 13(7), 1013-1026. [link]





مشاوره و روان‌درمانی خانواده

دوره دهم، شماره دوم (پیاپی ۳۰)، پاییز و زمستان ۱۳۹۹

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر خوشنودی زناشویی زنان

دریافت: ۱۳۹۹-۰۱-۰۳ پذیرش: ۱۳۹۹-۱۲-۲۰

زهرآ زاهدی	ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه بندرعباس، بندرعباس، ایران.
آرمان عزیزی	دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
<u>سیف‌الله رحمانی</u> Seif_rahmani@yahoo.com	استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، کردستان، ایران. (نویسنده مسئول)
فاطمه زارعین	ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، علوم تحقیقات تهران، واحد یزد، ایران.
مریم رنجبر	ارشد مشاوره، دانشگاه علوم تحقیقات اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

عوامل فراوانی روی خوشنودی زناشویی تأثیر می‌گذارد، ناخشنودی جنسی یکی از این عوامل است. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر خوشنودی زناشویی زنان دارای ناخشنودی جنسی بود. پژوهش حاضر از نظر روش‌شناسی جزء طرح‌های آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس-آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، عبارت بودند از زنان دارای ناخشنودی جنسی که در سال ۹۸ به مراکز مشاوره شهر تهران (۹ مرکز مشاوره) مراجعه کرده بودند (۷۵۰ نفر). از این جامعه با به‌کارگیری روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از زنان داوطلبی که دارای ملاک‌های ورود به طرح درمانی بودند، از طریق مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و کنترل جایگزین شدند. سپس هر گروه آزمایشی طی ۹ جلسه ۱/۵ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. اعضای هر سه گروه در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه خوشنودی زوجی اینریچ (Fowers, Olson, 1989) را تکمیل کردند. تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات متغیر خوشنودی زناشویی در هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون افزایش معناداری داشته است ($P \leq 0/05$, $F=259/39$). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سنجش با درمان شناختی - رفتاری اثربخشی بیشتری بر خوشنودی زناشویی داشته است؛ بنابراین درمانگران و مشاورین خانواده می‌توانند با به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی ناخشنودی جنسی زوجین کار کنند تا افزون بر حل مشکل آن‌ها خوشنودی زناشویی‌شان نیز افزایش پیدا کند و گام بارزشی جهت کاهش طلاق بردارند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خوشنودی زناشویی، ناخشنودی جنسی

مقدمه

یکی از مفاهیم گسترده برای نشان دادن تراز شادی و پایداری رابطه زناشویی، مفهوم خوشنودی زناشویی است. همچنین خوشنودی زناشویی حالت ذهنی سودها و هزینه‌هایی است که هریک از افراد در پیوند زناشویی دریافت می‌کنند (Lavner, Karney & Bradbury, 2016). خوشنودی زناشویی به‌عنوان وضعیتی که زن و شوهر پاسخگوی نیازهای یکدیگر هستند و درک و پشتیبانی و تائید شریک زندگی تعریف شده است (Derrick, Houston, Quigley, Testa, Kubiak, Levitt, et al, 2016). از جمله عواملی که باعث به وجود آمدن آشفتگی‌های روان‌شناختی و به تبع آن کاهش تراز شادکامی افراد می‌شود، کاهش خوشنودی زناشویی است. خوشنودی زناشویی سهم بیشتر و مستقیم‌تری بر بهزیستی روان‌شناختی زنان در سنجش با مردان دارد و یک تجربه شخصی در پیوند زناشویی است که تنها توسط خود فرد در پاسخ به تراز لذت رابطه زناشویی قابل ارزیابی است و عوامل بسیاری هستند که در زندگی مشترک روی خوشنودی زناشویی تأثیر می‌گذارند و این احساس نقش برجسته‌ای در تراز کارکردهای بهنجار خانواده ایفا می‌کند (lang, Wang, & Zhang, 2015). خوشنودی زناشویی انطباق میان وضعیت موجود با وضعیت مورد انتظار است؛ طبق این تعریف، خوشنودی زناشویی وقتی به وجود می‌آید که وضعیت موجود افراد در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظارشان منطبق باشد (oulia, Bahrami & Fatehizadeh, 2019), عواملی نظیر الگوهای ارتباطی سازنده و سبک دل‌بستگی بر خوشنودی زناشویی تأثیر می‌گذارند (Abdi zarrin, Sanei, Taheri, 2020). ناخشنودی زناشویی با افسردگی، اختلالات تغذیه، برخی گونه‌های می‌بارگی و نیز بیماری‌های بدنی و روانی همسران همراه است (Ellison, Kouros, & Papp, 2016).

یکی از شناسه‌های مهم خوشنودی زوجها از یکدیگر، خوشنودی جنسی است (Brezsnyak, & Whisman, 2004). خوشنودی جنسی شناسه مهم سلامت جنسی است و به شدت با خوشنودی از زندگی (Shindel, Baazeem, Eardley & Coleman, 2016) و به‌طور کلی با کیفیت زندگی زناشویی (Rabiepoor, Kazemzadeh, Alizadeh, 2018) ارتباط دارد. خوشنودی جنسی یک پاسخ هیجانی برآمده از ارزیابی شخصی از رابطه جنسی خود و همسر تعریف می‌شود (Rosen & Bachmann, 2008). خوشنودی جنسی یکی از نیازهای فردی و میان فردی است که یکی از عوامل مهم خوشنودی زناشویی است که نقش

برجسته‌ای در سلامت روانی و بی‌آلایشی زوجین دارد و تنها لذت بدنی نیست بلکه خوشنودی از کنش‌وری جنسی و خوشنودی هیجانی است که از همه احساسات به‌جامانده از موارد مثبت و منفی رابطه تشکیل می‌شود (Flynn, Lin, Bruner, Cyranowski, Hahn, & et al, 2016; Seftel, 2016). عدم تجربه ارگاسم از عوامل مؤثر بر ناخشنودی جنسی است (Dunn, & Croft, 2000) و از سوی دیگر، ناخشنودی جنسی در روابط زناشویی در گرایش زنان به روابط فرازناشویی و نامشروع جنسی مؤثر است (Shirdel, 2006). همچنین ناخشنودی زناشویی منجر به تنش و اضطراب و درنهایت انحلال واحد خانواده می‌شود (Shackelford, Besser, Goetz, 2008). با توجه به اینکه تعاملات بین زن و شوهر در سیستم و به کمک ادراکات، باورها و اهداف زوج معنا پیدا می‌کند (Sweeney, 2019) و همچنین با توجه به اهمیت حیاتی کارکرد متعادل خانواده و نقش بنیادی زن در تحکیم بنیان خانواده، شناخت عوامل مؤثر در ایجاد خوشنودی زناشویی که پایه استحکام بخش زندگی خانوادگی است، ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین در صورت توجه به عوامل مؤثر بر خوشنودی زناشویی مانند خوشنودی جنسی می‌توان انتظار داشت با افزایش تراز خوشنودی زناشویی، بخش قابل توجهی از مشکلات روانی و اجتماعی خانواده‌ها و به تبع آن جامعه کاهش یابد.

امروزه برای کاهش ناخشنودی جنسی و افزایش خوشنودی زناشویی در جمعیت‌های گوناگون بالینی، از روش‌های روان‌شناختی گوناگونی بهره گرفته می‌شود. یکی از آن درمان‌ها درمان شناختی- رفتاری است که از یک ساختار کلی پیروی می‌کند. این ساختار روشنگر این است که درمان با هر بیمار یا مراجعی از نخست تا فرجام از چه مراحل می‌گذرد. مراحل دربرگیرنده ارزیابی، معرفی مشکل و روش درمان به بیمار و آشنا کردن او با منطق درمان، به‌کارگیری فنون مداخله‌ای شناختی و رفتاری، پیشگیری از عود و پیگیری است. ساختار کلی درمان درباره هر اختلال و هر بیماری یکسان است ولی آنچه در این ساختار قرار می‌گیرد، بسته به نوع اختلال یا شرایط هر بیمار، متفاوت می‌شود. درمان شناختی- رفتاری آموزش‌مدار و مهارت محور است و لازم است به دنبال هر اقدام درمانی، تمرینی روی آن فن گذاشته شود (Motabi, 2017).

در دو دهه اخیر، دسته‌ای از روان‌درمانی‌ها که به درمان‌های موج سوم معروف است، مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته که یکی از آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (Hayes & Stroschal, 2010). این درمان با درمان شناختی-رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن دربرگیرنده ۱. پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها. ۲. عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد همراه با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است. این روش دربرگیرنده تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی همچون مراقبه ذهنی است. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در میان گزینه‌های گوناگون که متناسب‌تر باشد (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2009).

تاکنون پژوهش‌های متعددی به بررسی درمان‌های اثرگذار بر افزایش خوشنودی زناشویی پرداخته‌اند. در پژوهش (Karimi, Khalatbari, 2017) که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های زوجی بر روی ۴۸ نفر از زوجین انجام شده بود نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خوشنودی زناشویی مؤثر بوده است. در پژوهش (Tsapelas, Aron & Orbu, 2009) که با هدف بررسی عواملی که بر عدم رضایت زناشویی و بالطبع آن دل‌زدگی زناشویی تأثیر می‌گذارد انجام گرفت نتایج نیز مؤثر بودن این درمان بر خوشنودی زناشویی را تأیید می‌کنند. (Baruch, Kanker & Busch, 2012) در پژوهش خود با هدف بررسی اثربخشی درمان اکت بر رابطه زناشویی، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ترمیم رابطه زناشویی می‌شود. همچنین (Mohammadi, Keshavarzi arshadi, Farzad, & Salehi, 2017) در پژوهش خود که بر روی ۴۰ نفر از زنان افسرده با نارضایتی زناشویی انجام شد، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوشنودی زناشویی این افراد مؤثر است. پژوهش‌های زیاد دیگری با اهداف متفاوت و جامعه و نمونه متنوع مانند (Moradzadeh, Kavousian, Haniiffi, Karimi, 2017)؛ (Pirkhaefi, 2018)؛ (Falahati, Shafiabady, Jajarmi, & Fatolahzadeh, rostami, darbani & karazeh, 2018)؛ (Mohamadipoor, 2019) نیز هر کدام تأییدکننده اثربخشی این درمان بر خوشنودی زناشویی بوده‌اند؛ ولی با توجه اینکه بحث ناخشنودی جنسی در میان زوجین پنهان است و ناخشنودی جنسی نیز بر خوشنودی

زناشویی تأثیر مستقیم می‌گذارد، تاکنون پژوهشی جهت بررسی مقایسه‌ای اثربخشی این درمان‌ها بر خوشنودی زناشویی زنان دارای ناخشنودی جنسی انجام نشده است؛ بنابراین، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر خوشنودی زناشویی زنان دارای ناخشنودی جنسی است که بتوان درمان مؤثرتری برای این مشکل شناسایی شود و درمانگران با اطمینان کامل آن را استفاده نمایند. از این رو این پژوهش برای پاسخگویی به پرسش‌های زیر انجام شده است:

- ۱) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر خوشنودی زناشویی زنان دارای ناخشنودی جنسی مؤثر است؟
- ۲) کدام‌یک از درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر خوشنودی زناشویی زنان دارای ناخشنودی جنسی مؤثرتر است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بودند از زنان دارای ناخشنودی جنسی که در سال ۹۸ به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند (۷۵۰ نفر). برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد بدین ترتیب که پس از اعلام فراخوان (با ذکر شرایط طرح‌های درمانی، آدرس و شماره تماس) برای شرکت در طرح درمانی در چندین مرکز مشاوره (۹ مرکز مشاوره)، ۴۵ نفر پس از مصاحبه نیمه ساختاریافته به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری درمان اکت، درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه، جایگزین شدند. به دلیل برخی شرایط نظیر کمبود فضا در مراکز مشاوره و شرایط مادی جلسات به‌طور منظم در مسجد امیرالمؤمنین (ع) در منطقه سعیدآباد شهر تهران برگزار شد. ملاک‌های ورود به طرح درمانی عبارت‌اند از تشخیص داشتن ناخشنودی جنسی با استفاده از مصاحبه تشخیصی و دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم) و تأیید این ناخشنودی جنسی حداقل در سه سال گذشته زندگی، دارا بودن حداقل تحصیلات راهنمایی. ملاک‌های خروج از طرح درمانی عبارت‌اند از

ملاک‌های خروج نیز دربرگیرنده غیبت بیش از دو جلسه؛ کامل نبودن پاسخ‌ها یا به پایان رساندن نیمه‌کاره پاسخ ابزار؛ عدم پاسخگویی به ابزار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پرت بودن داده‌ها هنگام تحلیل آماری بود.

ابزار

مقیاس خوشنودی زوجی اینریچ^۱: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۳۵ آیتمی است که دارای ۴ خرده مقیاس است و می‌تواند به‌عنوان یک ابزار تحقیق در زمینه‌های خوشنودی، ارتباطات و حل تعارض استفاده شود. (Fowers & Olson(1989) با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در تحقیق ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند که با استفاده از این پرسشنامه با دقت ۸۵-۹۵٪ می‌توان میان زوجین خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد. پرسشنامه، طبق طیف لیکرت پنج نمره‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. Olson در سال ۲۰۰۰ ضریب آلفای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را که عبارت‌اند از خوشنودی زناشویی^۲، ارتباطات^۳، حل تعارض^۴، تحریف آرمانی^۵، به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (به نقل از آسوده، ۱۳۸۹). ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهش آسوده (۱۳۸۹) به ترتیب برابر با ۰/۶۸ (با حذف سؤال ۲۴ آلفا ۰/۷۸ می‌شود)، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۷ به دست آمده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه ۰/۷۷ بوده است. همچنین گویه‌های این ابزار شامل خوشنودی زناشویی: ۱-۵-۹-۱۳-۱۷-۲۱-۲۴-۲۷-۳۰-۳۵، ارتباطات: ۲-۶-۱۰-۱۴-۱۸-۲۲-۲۵-۲۸-۳۱-۳۴، حل تعارض: ۳-۷-۱۱-۱۵-۱۹-۲۳-۲۶-۲۹-۳۲-۳۳ و تحریف آرمانی: ۴-۸-۱۲-۱۶-۲۰ بوده است.

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته: در این بخش پیش از ورود به مداخلات و گروه‌ها با کسانی که درخواست‌کننده دریافت درمان بودند مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته بر پایه ملاک‌های دست‌نامه

1. enrich's couple satisfaction scale
2. marital satisfaction
3. communication
4. conflict resolution
5. ideal distortion

تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی^۱ (ویراست پنجم) انجام گرفت (نیمه سؤالات از پیش تدوین شده بود و بقیه بر پایه پاسخ افراد نمونه مطرح می‌شد) و همچنین بررسی زندگی متأهلی و رابطه زناشویی و جنسی به دقت انجام گرفت و غربالگری با نهایت دقت صورت پذیرفت. ملاک‌های تشخیصی به‌قرار زیر بود: اختلال ارگاسمی زنان؛ A) وجود هر یک از علائم زیر و تجربه آن در همه موقعیت‌های کنش‌وری جنسی: تأخیر چشمگیر، کمبود چشمگیر یا نبود ارگاسم؛ کاهش چشمگیر شدت احساس‌های ارگاسمی؛ علائم ملاک A حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد؛ علائم ملاک A باعث ناراحتی بالینی چشمگیر در فرد می‌شود و این کژکاری جنسی با یک اختلال روانی غیرجنسی یا دیگر عوامل استرس بهتر تبیین نمی‌شود و قابل استناد به تأثیر مصرف دارو / ماده یا یک بیماری طبی دیگر نیست.

مداخلات

مداخلات و برنامه نشست‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای راهنمای درمانی (Harris, 2007) و مداخلات درمان شناختی - رفتاری بر مبنای (Foa & Franklin, 2001) تدوین شد و در زیر ارائه شده است. محتوای نشست‌های درمانی به‌قرار زیر است:

شرح نشست‌های درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

نشست اول: معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی و اجرای پیش‌آزمون انجام شد. همچنین مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان مورد بررسی قرار گرفت.

نشست دوم: تکالیف جلسه قبل بررسی شد و بحث درباره اهداف درمان‌جویان، ارائه توضیحاتی درباره ناخشنودی جنسی، نشانه‌ها و پیامدهای آن و تأثیرات ناخشنودی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خود مورد بررسی قرار گرفت.

نشست سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات ناخشنودی در زندگی درمان‌جویان، بررسی راهبردهای کنترلی که افراد برای مقابله با مشکل بکار برده‌اند و بررسی کارآمدی و ناکارآمدی این راهبردها، کمک

^۱ diagnostic and statistical manual of mental disorders- 5th edition

به درمان‌جویان در جهت پی بردن به بیهودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه. همچنین مشخص کردن راهبردهای کنترلی و نقش آن‌ها در علائم مشکل و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی فردی و خانوادگی به‌عنوان تکلیف مشخص گردید.

نشست چهارم: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره بیهودگی راهبردهای کنترلی، توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات. همچنین اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی فردی و خانوادگی به‌عنوان ارائه گردید.

نشست پنجم: توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل‌مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار. همچنین تمرین گسلش شناختی و بررسی تأثیر آن بر مشکل و زندگی فردی و خانوادگی به‌عنوان تکلیف ارائه گردید.

نشست ششم: بررسی تکالیف جلسه قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان‌جویان. توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر با استفاده از استعاره صفحه شطرنج. تکلیف: تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی گوناگون و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و تأثیر آن بر علائم ناخشنودی و زندگی فردی و خانوادگی بررسی شد.

نشست هفتم: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر. همچنین مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ده حیطه خانواده، پیوند زناشویی، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط‌زیست و طبیعت و سلامتی به‌عنوان تکلیف به گروه داده شد.

نشست هشتم: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره ارزش‌ها و موانع عمل بر طبق آن‌ها، ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها و گذر از موانع با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس. همچنین شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن بر علائم مشکل و زندگی فردی و خانوادگی به چالش کشیده شد.

نشست نهم: تکالیف جلسه قبل بررسی شد و بحث درباره پیامدهای عمل بر پایه ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان‌جویان و نهایتاً اجرای پس‌آزمون انجام گرفت.

شرح نشست‌های درمانی شناختی- رفتاری

نشست اول: معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی و پیش‌آزمون اجرا شد. همچنین مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان‌جویان موردبررسی قرار گرفت.

نشست دوم: تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمان‌جویان از شرکت در طرح پژوهشی، آشنایی اعضا با مشکل موجود، علائم و اثرات آن بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد بررسی شد و شناسایی آثار مشکل در زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی به‌عنوان تکلیف مطرح شد.

نشست سوم: تکالیف جلسه قبل و بحث درباره آثار این مشکل در زندگی فردی و خانوادگی و ارتباط با همسر، آشنایی اعضا با رابطه میان فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تحریفات شناختی و به چالش کشیدن تحریفات شناختی و نهایتاً یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آن‌ها و شناسایی تحریفات شناختی در دستور کار قرار گرفت.

نشست چهارم: تکالیف جلسه قبل بررسی شد و درباره تحریفات شناختی شناسایی شده و تأثیر آن‌ها در افکار، احساسات و رفتار درمان‌جویان بحث شد.

نشست پنجم: با شیوه‌های به چالش کشیدن و مبارزه با تحریفات شناختی آشنا شدند و به چالش کشیدن چند نمونه از تحریفات شناختی که باعث ناخشنودی می‌شود و بررسی تأثیر آن در زندگی فردی و خانوادگی در دستور کار قرار گرفت.

نشست ششم: تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر به چالش کشیدن تحریفات شناختی و آثار و نتایج آن در زندگی فردی و خانوادگی موردبررسی قرار گرفت.

نشست هفتم: معرفی مواجهه و پیشگیری از رفتارهای ناخشنودی و آیینی و تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم مشکل در زندگی فردی و خانوادگی موردبررسی قرار گرفت.

نشست هشتم: تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مواجهه در زندگی فردی و خانوادگی درمان‌جویان، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته‌سازی موفقیت‌های درمان‌جویان، بحث و بررسی عوامل مؤثر در بازگشت بیماری و راهبردهای پیشگیری از بازگشت بیماری و

تثبیت تغییرات ایجادشده موردبررسی قرار گرفت.

نشست نهم: خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده‌شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه‌ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمان‌جویان و اجرای پس‌آزمون انجام شد.

شیوه اجرای پژوهش

نشست‌ها و مداخلات درمانی در مسجد امیر المومنین (ع) منطقه سعیدآباد تهران در نیم سال دوم سال ۹۸ (از اوایل مهرماه تا اواسط آذرماه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه) با رعایت تمام اصول اخلاقی برگزار شد. نخست در هر سه گروه، مقیاس خوشنودی زوجی enrich (1989) اجرا (اوایل مهرماه) و سپس گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی- رفتاری طی ۹ جلسه ۱/۵ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه درمانی دریافت نکردند و بنا شد که بعد از پایان مداخلات بهترین درمان نیز برای آن‌ها اجرا شود که بعد از مداخلات انجام شد. در هیچ کدام از گروه‌ها داده‌های پرت و یا ریزش وجود نداشت. در انتها و بعد از پایان مداخلات (اواسط آذرماه) نیز در هر سه گروه مقیاس خوشنودی زوجی دوباره اجرا شد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار spss-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به دلیل مشکلات خاص و همچنین درخواست شرکت کنندگان دوره پیگیری برگزار نگردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد شرکت کنندگان ۴۵ نفر بودند. میانگین سن شرکت کنندگان در کل ۳۱/۲۶ سال (انحراف معیار ۳/۱۴) بود. از لحاظ تحصیلات ۶ نفر زیر دیپلم، ۲۰ نفر دیپلم، ۱۵ نفر کارشناسی، ۴ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. همچنین هرکدام از افراد نمونه به‌طور میانگین دارای ۱/۴۸ فرزند بودند.

اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای اندازه‌گیری شده به‌اختصار در جدول (۱) آورده شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است در مرحله پیش‌آزمون میانگین خوشنودی زناشویی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸۲/۱۳) و درمان شناختی - رفتاری (۸۷/۰۶) و در مرحله پس‌آزمون در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۲۶/۴) و درمان شناختی - رفتاری (۱۱۷/۵) بوده است.

جدول ۱.

میانگین و انحراف استاندارد خوشنودی زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

انحراف معیار	پیش‌آزمون		انحراف معیار	میانگین	گروه‌ها
	میانگین	انحراف معیار			
۵/۸۵	۱۲۶/۴	۵/۳۵	۸۲/۱۳		درمان اکت
۵/۸۷	۱۱۷/۵	۷/۰۳	۸۷/۰۶		درمان شناختی- رفتاری
۴/۹۳	۸۵/۴	۵/۰۹	۸۸/۲۶		گروه گواه

با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است، در صورت رعایت شدن پیش‌فرض‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس این آزمون بهترین روش تجزیه و تحلیل است. به همین منظور برای پاسخگویی به این سؤال از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرده‌ایم. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها دربرگیرنده نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، وجود رابطه خطی میان متغیر همراه و متغیر وابسته و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها است. یکی از پیش‌فرض‌ها نرمال بودن توزیع نمرات است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای تمامی خرده مقیاس‌ها در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) لذا توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است (جدول ۲).

جدول ۲.

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیر خوشنودی زناشویی

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	مقدار Z	تراز معنی‌داری	مقدار Z	تراز معنی‌داری
خوشنودی زناشویی	پیش آزمون	۰/۶۳۱	۰/۷۷۵	۰/۵۸۶
	پس آزمون	۰/۹۰۰	۰/۴۹۶	۰/۹۶۷
ارتباطات	پیش آزمون	۰/۷۸۵	۰/۶۱۹	۰/۸۳۸
	پس آزمون	۰/۹۵۸	۰/۴۳۴	۰/۹۹۲
حل تعارض	پیش آزمون	۰/۷۶۷	۰/۴۷۸	۰/۹۷۷
	پس آزمون	۰/۷۷۴	۰/۶۳۳	۰/۸۱۷
تحریف آرمانی	پیش آزمون	۱/۰۰	۰/۴۷۱	۰/۹۸۸
	پس آزمون	۰/۹۵۷	۰/۵۸۵	۰/۸۸۳
مقیاس کلی خوشنودی زناشویی	پیش آزمون	۰/۴۹۸	۰/۷۷۷	۰/۵۹۱
	پس آزمون	۱/۲۶۱	۰/۷۸۴	۰/۵۶۹

آزمون لون نیز برای بررسی همگنی واریانس‌ها انجام و پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید شد (جدول ۳).

جدول ۳.

نتایج آزمون لون: همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی		تراز معنی‌داری
		۱	۲	
خوشنودی زناشویی	پیش آزمون	۰/۰۲۴	۲	۰/۹۷۶
	پس آزمون	۱/۷۰۸	۲	۰/۱۹۴
ارتباطات	پیش آزمون	۰/۳۷۹	۲	۰/۶۸۷
	پس آزمون	۰/۱۶۱	۲	۰/۸۵۲
حل تعارض	پیش آزمون	۰/۲۲۳	۲	۰/۸۰۱
	پس آزمون	۰/۳۴۴	۲	۰/۷۱۱
تحریف آرمانی	پیش آزمون	۲/۳۸۱	۲	۰/۱۱۴
	پس آزمون	۰/۹۵۱	۲	۰/۳۹۶
مقیاس کلی خوشنودی زناشویی	پیش آزمون	۲/۳۹۱	۲	۰/۱۰۴
	پس آزمون	۱/۳۱۱	۲	۰/۲۸۰

همان‌گونه که در جدول (۴) نمایان است با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس‌آزمون از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P \leq 0/000$). لذا نتایج نمایانگر تفاوت در میان گروه‌ها است. حال باید ببینیم که میان کدام گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴.

نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی خوشنودی زناشویی

منبع	Df	Ms	F	Sig.	Eta	power
پیش‌آزمون	۱	۲/۵۷۴	۰/۱۰۵	۰/۷۴۸	۰/۰۰۳	۰/۰۶۲
گروه	۲	۶۳۷۵/۲۷	۲۵۹/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲۷	۱/۰۰۰
خطا	۴۱	۲۴/۵۷۸				
کل	۴۵					

در جدول (۵) به‌منظور بررسی این نکته که کدام‌یک از دو روش بر خوشنودی زناشویی تأثیر بیشتری داشته‌اند و یا به عبارتی آیا تفاوت برآمده از تأثیر دو روش بر خوشنودی زناشویی از لحاظ آماری معنی‌دار است از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید.

جدول ۵.

آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر خوشنودی زناشویی

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	Sig
اکت	شناختی - رفتاری	۱۱/۳۱	۱/۸۹	۰/۰۰۰
اکت	کنترل	۴۲/۱۷	۱/۹۵	۰/۰۰۰
شناختی -	اکت	-۱۱/۳۱	۱/۸۹	۰/۰۰۰
رفتاری	کنترل	۳۰/۸۵	۱/۸۱	۰/۰۰۰
کنترل	اکت	-۴۲/۱۷	۱/۹۵	۰/۰۰۰
کنترل	شناختی - رفتاری	-۳۰/۸۵	۱/۸۱	۰/۰۰۰

همان‌گونه که از نتایج به‌دست آمده مشخص است، میان میانگین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی هم میان دو روش اکت و شناختی - رفتاری تفاوت وجود داد و هم میان روش‌های درمانی با گروه

گواه این تفاوت قابل مشاهده است. همان گونه که از نتایج مشاهده می شود با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر خوشنودی زناشویی زنان داشته اند اما روش درمانی اکت (۴۲/۱۷) در سنجش با روش درمانی شناختی - رفتاری (۳۰/۸۵) تأثیر بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر خوشنودی زناشویی زنان دارای ناخشنودی جنسی بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو گروه آزمایش در سنجش با گروه گواه خوشنودی زناشویی بیشتری داشتند. به این معنی که درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خوشنودی زناشویی زنان دارای ناخشنودی جنسی مؤثر بودند. مقایسه نتایج پس آزمون دو گروه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در سنجش با درمان شناختی- رفتاری داشته است.

بخش نخست یافته بالا یعنی اثربخش بودن درمان شناختی- رفتاری بر خوشنودی زناشویی با نتایج پژوهش (Karimi, Khalatbari, 2017) و (Tsapelas, Aron & Orbu, 2009) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت که رویکرد شناختی- رفتاری به مشکلات زناشویی تعاملات منفی و ناخشنودی ارتباطی را موجب اختلاف و تعارض های زناشویی می داند؛ رفتارها و تعاملات هر یک از زوجین ممکن است تحت تأثیر پاسخ های دیگری استمرار یافته یا پایان پذیرد؛ رسالت اصلی درمانگر کمک به زوجین برای یافتن شیوه های مطلوب تر همکنش است؛ در این رویکرد بر جنبه های عملی مانند تقسیم وظایف، توانایی گفتگوی دوجانبه، برقراری ارتباط شفاف و قابلیت پیش برد و هدایت رابطه تأکید می شود. افزایش رفتارهای مثبت و خوشایند، بهبود ارتباط، ایجاد مهارت حل مسئله و حرکت در جهت مسائل جنسی و کوشش برای تغییر الگوهای رفتاری که منجر به اختلاف زناشویی می شوند، اصلاح باورها و انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط زوجین؛ تنها بخشی از مداخله های درمان شناختی- رفتاری است (Lavner, Karney & Bradbury, 2016). با توجه به اینکه در این درمان خطاهای شناختی کاهش پیدا می کند و در ادامه رفتارها نیز اصلاح می شود و در تعامل

دو طرفه این اتفاق می افتد این مداخله‌ها سبب افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار زوجین از هم و کاهش دلخوری‌های بی مورد می شود و بنابراین خوشنودی زناشویی آن‌ها افزایش می یابد.

اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوشنودی زناشویی نیز با نتایج پژوهش‌های (Mohammadi & at el, 2017)، (Moradzadeh, Pirkhaefi, 2018)، (Kavousian, Haniffi, 2017)، (Fatolahzadeh, rostami, darbani, karazeh, 2018) و (Baruch, Kanker & Busch, 2012) همسو است. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوشنودی زناشویی و همچنین تأثیر بیشتر این درمان باید گفت که از طرفی، نتایج حاصل از بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده که در درجه اول بسیاری از تعارضات و نارضایتی‌های زناشویی در اثر انعطاف‌ناپذیری رفتاری و روانی زوج‌ها با یکدیگر ایجاد می شوند (A Sarno, Jaycox & Tompson, 2001). از طرف دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع این امکان را می دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف روان‌شناختی و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند، بپردازد. همچنین این درمان بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می شود (Iverach, Menzies, O'Brian, Packman, Onslow, 2011). همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل کارکردن روی اینجا و اکنون و زمان حال و همچنین گسلش شناختی و آموزش عمل مبتنی بر ارزش توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی پیش از حذف تجارب، باعث می شود زنان هنگام مواجهه با تعارض‌های زناشویی و مشکلات جنسی، با بیان افکار و احساسات خود به شیوه‌ای مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن دلوایسی، تحریک‌پذیری، هراس، احساس خطر، بی‌تابی و بی‌قراری برآمده از مقابله با تعارض‌ها و دیگر فشارهای روانی روبرو شدن با مشکلات جنسی را کاهش دهند؛ بنابراین، با غلبه بر تعارض‌ها و مشکلات زناشویی، احساس خوشنودی زناشویی در آن‌ها افزایش می یابد.

در مجموع، تفاوت دو رویکرد شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خوشنودی زناشویی زنان دارای ناخشنودی جنسی این است که درمان شناختی-رفتاری منجر به تغییراتی در شکل یا فراوانی افکار و اعمال منجر به خوشنودی زناشویی، می شود و با تأکید بر مواجهه موجب کاهش نگرانی و کاهش رفتارهای ناراضی کننده می شود. در حالی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بجای تغییر شناخت‌ها

و چالش با آن‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد؛ یعنی به‌جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی افکار و احساسات؛ کارکرد افکار و احساسات تغییر می‌یابد. چون در این درمان در سنجش با درمان شناختی- رفتاری کمتر به دنبال تغییر افکار و رفتار مراجع هستیم بنابراین مقاومت مراجع نیز برای تغییر کمتر است و خوشنودی زناشویی نیز به خاطر رشد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد بهتر می‌شود و بهبود و رابطه نیز نتیجه آن است. به‌این ترتیب خوشنودی زناشویی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سنجش با درمان شناختی- رفتاری بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته است. لازم به ذکر است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رشد تاب‌آوری ناشی از آن و همچنین آگاهی در سنجش با تجارب اجتناب شده و پذیرش آن و پایداری به عمل بر طبق ارزش‌های زندگی خانوادگی، از دلایل دیگر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهشی

از جمله محدودیت‌های پژوهش تمرکز روی جنس مؤنث بود. همچنین با توجه به اینکه آزمودنی‌های پژوهش حاضر زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند، باید در تعمیم یافته‌ها به جوامع دیگر ایران با فرهنگ‌ها و آداب و رسوم محلی متفاوت، احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در جامعه مردان و زنان سایر شهرها نیز انجام شود و تفاوت‌های احتمالی نتایج آن پژوهش‌ها با یافته‌های این پژوهش بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران با استفاده از تحقیقات کیفی به شناسایی عوامل به وجود آورنده ناخشنودی جنسی بپردازند و از سایر درمان‌های موج سوم برای بررسی اثربخشی آن‌ها بر خوشنودی زناشویی و خوشنودی جنسی استفاده نمایند.

اخلاق پژوهش

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش ابتدا به همه شرکت کنندگان اطلاع داده شد که در یک کار پژوهشی شرکت دارند و شرکت در آن اختیاری است. یافته‌های آن بدون نام و به صورت کلی با پنهان ماندن هویت شرکت کنندگان تحلیل شد. ابزار و فرایند پژوهش مغایرت و محدودیت مذهبی و فرهنگی ندارد؛ و بدون اعمال مداخله صورت گرفته است. در پایان مداخله برای گروه گواه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد.

مشارکت نویسندگان

در این مطالعه کارهای آماری را خانم زهرا زاهدی؛ مداخله و درمان. آنالیز داده‌ها و تدوین را آقایان دکتر آرمان عزیزی و دکتر سیف‌الله رحمانی؛ و کار مرور و ویرایش و کمک در مانگاری را خانم زارعین و رنجبر بر عهده داشتند.

منابع مالی

این مطالعه با هزینه شخصی محققان انجام شد.

دسترسی به مواد و داده‌ها

مخاطبان و محققان می‌توانند مواد و داده‌های این پژوهش را از طریق ایمیل زیر دریافت نمایند.
Armanazizi2020@gmail.com

VQHDJ برای انتشار

نویسندگان از انتشار این مقاله خوشنودی کامل دارند.

تصریح درباره تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که این اثر پژوهشی هیچ‌گونه تضادی با منافع فرد، گروه یا سازمانی ندارد.

References

- Abdi zarrin, S., Sanei Taheri, M. (2020). The Prediction of Marital Satisfaction Based on Communication Patterns, Attachment Styles and Psychological Hardiness. *Family Counseling and Psychotherapy*, 10(1), 179-208. [link]
- Asarno, J. R., Jaycox, L. H. & Tompson, M.C. (2001). Depression in youth: psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 15-33. [link]
- Baruch, D., Kanker, J. & Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8 (3), 241-257. [link]

- Brezsnyak, M., & Whisman, M. (2004). Sexual desire and relationship functioning; its effect on marital satisfaction and power. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30(3), 199-217. [\[link\]](#)
- Carson, J., Baucom, D. & Gil, K. (2011). Mindfulness and acceptance-based relationship enhancement. *Journal of Behavior Therapy*, 39, 471-494. [\[link\]](#)
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive behavior therapy for OCD*. New York: The Guilford Press. [\[link\]](#)
- Crowe, M., & Ridley, J. (2008). *Therapy with couples: A behavioral-systems approach to couple relationship and sexual problems*. John Wiley & Sons. [\[link\]](#)
- Derrick, JL, Houston, RJ, Quigley, BM, Testa, M, Kubiak, A, Levitt A, et al. (2016). (Dis) similarity in impulsivity and marital satisfaction: A comparison of volatility, compatibility, and incompatibility hypotheses. *Journal of research in personality*, 61, 35-49. [\[link\]](#)
- Dunn, KM, & Croft, P. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex Mar Therapy*, 26(2), 141-151. [\[link\]](#)
- Ellison, J. K, Kouros, C. D, & Papp, L. M. (2016). The interplay between Marital Attributions and Conflict Behavior in Predicting Depressive Symptoms. *Journal of Family Psychology*, 30(2), 286-295. [\[link\]](#)
- Falahati, M., Shafiabady, A., Jajarmi, M., Mohamadipoor, M. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Logotherapy on Marital Satisfaction of Veterans' Spouses. *Iran J War Public Health*; 11 (3):139-145. (In Persian) [\[Link\]](#)
- Fatolahzadeh, N., rostami, M., darbani, A., karazeh, S. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on quality of life and marital satisfaction housewife mothers. *frooyesh*; 7 (7):17-32. (In Persian) [\[link\]](#)
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D, W., Cyranowski, JM., Hahn, E A., & et al. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults. *Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642-1650. [\[link\]](#)
- Foa, E.B., Franklin, M.E. (2001). **Obsessive-Compulsive Disorder**. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp.209- 263). New York: Guilford Press. [\[link\]](#)
- Forman, E. M., Herbert, JD., Moitra, E., Yeomans, PD., & Geller, PA. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment

- therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*, 31(6), 772-799. [[link](#)]
- Harris R. (2007). **Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory Workshop Handout**. [Internet]. Available from: [http:// www.actmindfully.com.au](http://www.actmindfully.com.au). [[link](#)]
- Hayes, S.C., & Strosahl, K. D. (2010). **A practical guide to acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change**. New York: Guilford. [[link](#)]
- Ilang, H., Wang, L., & Zhang, Q. (2015). Family functioning, marital satisfaction, and social support in hemodialysis patients and their spouses. *Stress Health*, 31(2), 166-174. [[link](#)]
- Iverach L, Menzies RG, O'Brian S, Packman A, Onslow M. (2011). Anxiety and stuttering: Continuing to explore a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 221-232. [[link](#)]
- Karreman A, & Vingerhoets AJ. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 30, 53(7), 821-826. [[link](#)]
- Karimi, B., Khalatbari, J. (2017). The Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on Couple's Burnout, Marital Adjustment, and Intimacy. *Journal of Educational Psychology*, 8(1), 65-74. (In Persian) [[link](#)]
- Kavousian, J., Haniffi, H., Karimi, K. (2017). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction in Couples. *JHC*; 19 (1):75-87. (In Persian) [[link](#)]
- Lavner, JA, Karney, BR, & Bradbury, TN. (2016). Does couples' vom-munication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication? *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680-694. [[link](#)]
- Mohammadi, A., Keshavarzi Arshad, F., Farzad, V. & Salehi, M. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital satisfaction on depressive women with marital conflicts. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 17(2), 26-35. (In Persian) [[Link](#)]
- Moradzadeh, F., Pirkhaefi, A. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction and Cognitive Flexibility among Married Employees of the Welfare Office. *IJPN*; 5 (6):1-7(In Persian). [[link](#)]
- Mootabi, F., Fata, L. (2019). **On becoming a cognitive-behavioral**. Danzhe, Tehran. (In Persian) [[link](#)]
- Olson, D. H., & Fowers, B. J. (1993). Five types of marriage: An empirical typology based on ENRICH. *The Family Journal*, 1(3), 196-207. [[Link](#)]

- Oulia, N., Fatehizadeh, M., & Bahrami, F. (2019). **Marital Enrichment Training**, Danjeh Publication, Tehran. [Persian][[link](#)]
- Rabiepoor S, Kazemzadeh J, Alizadeh S. (2018). The Relationship between Quality of Life and Sexual Satisfaction in Women with Severe Burns. *Medica (Buchar)*, 13(2), 137-142. [[link](#)]
- Rosen, R, C., & Bachmann, G, A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex Marital Ther*, 34(4), 291-7; discussion 8-307. [[link](#)]
- Seftel, A. D. (2016). Female partners of men with Peyronie's disease have impaired sexual function, satisfaction, and mood, while the degree of sexual interference is associated with worse outcomes. *Journal of Urology*, 196(5), 1516-1517. [[link](#)]
- Shackelford TK, Besser A, Goetz AT. (2008). Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Individual Differences Research*, 6(1), 13-25. [[link](#)]
- Shindel, A. W., Baazeem, A., Eardley, I., & Coleman, E. (2016). Sexual health in undergraduate medical education: existing and future needs and platforms. *The journal of sexual medicine*, 13(7), 1013-1026. [[link](#)]
- Shirdel, M. (2006). The Tendency Factors of Married Men and Women to Sexual Unlawful Relationship. *Refahj*; 6 (22):133-148. (In Persian) [[Link](#)]
- Soleimani, F, (2014). Comparing Control Locus and Quality of Life in Couple with High and Low Marital Satisfaction. *Journal of life science and Biomedicine*, 4(2), 131-134. [[link](#)]
- Stackert, R. Bursik, K. (2003). Why am I unsatisfied? Adult attachment style generated irrational relationship beliefs & young adult romantic relationship satisfaction. *Journal of Personality & Individual Differences*, 8(34), 1411-1419. [[link](#)]
- Sweeney, T. J. (2019). **Adlerian counseling and psychotherapy: A practitioner's wellness approach**: Routledge. [[link](#)]
- Tsapelas, I., Aron, A. & Orbuc, T. (2009). Marital boredom now predicts less satisfaction 9 years later Published in *Psychological Science*, 20(5), 543-545. [[link](#)]