



## 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 دوره حساسی است که زنان را با مشکلات و دشواری‌های جدیدی روبه‌رو می‌کند و این مشکلات می‌تواند باعث اختلال در سلامت روانی شوند (عیسی‌نژاد جهرمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). یائسگی پدیده‌ای فیزیولوژیک است که با گذر 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 سن 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، کمر خستگی در انگشتان و مشکلات خواب همراه است و سبب افزایش استرس، افسردگی و مشکلات جنسی و کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی می‌شود (عیسی‌نژاد جهرمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷).

صمیمیت به‌عنوان نیازی اساسی مستلزم آگاهی، درک عمیق و پذیرش است. همچنین صمیمیت به معنی نزدیکی، تشابه و رابطه‌ی دوستانه با دیگری است (یو، بارتل-هارینگ، دای و گانگاما، ۲۰۱۴). صمیمیت در روابط زناشویی با جنبه‌های عاطفی، هیجانی و اجتماعی همراه است که بر پایه‌ی پذیرش، رضایت خاطر و عشق شکل می‌گیرد (زراچ، آنات، سولومون و هروتی، ۲۰۱۰). مشکلات روابط جنسی و صمیمیت زناشویی وقتی آغاز می‌شود که زوجین از میزان برآورده شدن خواسته‌های خود درباره‌ی رابطه‌ی زناشویی خوب، ناراضی باشند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷). افراد با صمیمیت زناشویی قادرند در روابط

زناشویی خود را به شیوه‌ی مطلوب‌تری ابراز کنند (جان، کیم، چانگ، اوه، کانگ و کانگ، ۲۰۱۱). روش‌های درمانی برای بهبود مسائل جنسی در دوران پیش‌یائسگی 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<sup>۳</sup> است. درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲). هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و شش فرایند مرکزی دارد 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 بر خلاف 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: پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفتنه‌کننده 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. همین‌طور روش‌های زبانی و فرایندهای شناختی است در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی به شیوه‌هایی که منجر به کارکرد سالم می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی

## 3. Acceptance and commitment therapy (ACT)

1. Menopausal
2. Premenopausal

مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش میزان سلامت جنسی در زوجین و مؤلفه‌های صمیمیت عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی، ارتباطی، روانشناختی، جنسی و صمیمیت کلی شده است (شهری، محمدخانی، مودنی کیا و چراغعلی، ۱۳۹۶؛ سعادت‌مند، بساک نژاد و امان الهی، ۱۳۹۶؛ طحان، آهنگری و عسکری، ۱۳۹۶؛ بک چالاکی و منصوری، ۱۳۹۶؛ خانجانی و شکی، شفیع آبادی، فرزاد و فتحی زاده، ۱۳۹۵؛ سویرا، تکسیرا و کاستا، ۲۰۱۵؛ جاراسیکو، اسچوماچر، شاو، فورمن و هربرت، ۲۰۱۵؛ لارمار، وایتروو سکی و لوئیز-درایور، ۲۰۱۴؛ پترسون، ایفرت، فینگو لد و داو یدسون، ۲۰۰۹). به طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست صمیمیت بهتر را در زنان تقویت کند و موجب رضایت زناشویی در آن‌ها شود؛ بنابراین این هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان هدفی مطلوب در جهت بهبود روابط صمیمانه زناشویی در زنان پیش‌یائسه است که در این زمینه به نظر می‌رسد روش‌ها و فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بتواند تا حد زیادی علائم این دوران را در زنان مهار کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی در زنان پیش‌یائسه انجام شد.

## روش پژوهش

### جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه 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 در برگیرنده مناطق ۱ تا ۵ شهر تهران بود که با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای دو منطقه ۳ و ۴ بصورت تصادفی انتخاب و سپس از بین آن ناحیه ۲ از منطقه ۳ و ناحیه ۱ از منطقه ۴ به تصادف انتخاب شدند. پس از کسب رضایت و مجوز از مسئول خانه سلامت

چون مراقبت ذهنی است (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (سلگی، ۱۳۹۶)؛ علاوه بر آن، در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (هربرت و فورمن، ۲۰۱۱). به مراجع آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته مثل دوران یائسگی بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). فرایند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع حاصل از دوران یائسگی را بیشتر تحمل کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). به‌طور کلی درمانگران مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه غیر سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (هربرت و فورمن، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش در بررسی کاربردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است مداخلاتی که اجتناب تجربه‌ای<sup>۱</sup> را کاهش می‌دهند و به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می‌کنند، در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پژوهش‌های مربوط به آن، مبتنی بر فلسفه‌ای است که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود (مرمچی نیا و ذوقی پایداری، ۱۳۹۶)؛ از این رو، شواهد تجربی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زوج‌ها برای افزایش صمیمیت زناشویی و سلامت جنسی است؛ به طوری که نتایج پژوهش‌ها نشان داد آموزش درمان

## 1. Experiential avoidance (EA)

حسینیان (۱۳۸۷) پایایی پرسشنامه با روش بازآزمون، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل صمیمیت ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای نمره صمیمیت ۰/۷۱ به دست آمد.

**درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup>**. این درمان، درمانی رفتاری است که مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی را برای ایجاد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آموزش می‌دهد؛ در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است. شرکت‌کنندگان می‌آموزند به شیوه‌ای عمل کنند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود. در این پژوهش بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس آموزش‌های دوره آموزشی دکتر عصمت دانش در انجمن روانشناسی ایران در سال ۱۳۹۴، تدوین و برای گروه آزمایش در ۸ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه در هفته یک‌بار به شرح جدول زیر اجرا شد.

آن ناحیه اقدام به فراخوان عمومی در این زمینه شد. پس از حضور ۸۶ زن داوطلب واجد شرایط و با رضایت و آگاهانه از آن‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه صمیمیت زناشویی پاسخ دهند. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه 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) به صورت تصادفی جایگزین شدند. در این تحقیق، مشارکت افراد از روی اجبار نبوده و تمامی پاسخ‌دهندگان از روی میل و رغبت به پرسشنامه پاسخ داده‌اند. در پرسشنامه، محرمانه بودن اطلاعات رعایت شده است. به این منظور درج نام و نام خانوادگی مشارکت‌کنندگان الزامی نبوده است و صرفاً سن کفایت نموده است.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه صمیمیت زناشویی<sup>۱</sup>. این پرسشنامه توسط باگاروزی (۲۰۰۱) تهیه و تنظیم شده است. پرسشنامه شامل ۴۱ سؤال است و آزمودنی‌ها به شکلی رتبه‌بندی شده، از ۱ 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 را ۰/۵۸ محاسبه کرده است. در مطالعه خمسه و

### جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	مباحث
جلسه اول	آشنایی و معارفه و بیان اهداف درمانی و بستن قرارداد درمانی
جلسه دوم	شناسایی درمان پذیرش و تعهد و اهداف و محورهای درمان، اطلاعات در مورد اختلال، ایجاد ناامیدی خلاقانه، ارزیابی تمایل برای تغییر و تکلیف خانگی.
جلسه سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	آموزش ارتباط با زمان حال، بودن در اینجا و اکنون، افزایش آگاهی از تجربه لحظه حال و داشتن توجه منعطف، تمرین‌های توجه آگاهی، لنگر انداختن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	<b>جلسه ششم</b>
توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	<b>جلسه هفتم</b>
آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	<b>جلسه هشتم</b>

و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

#### یافته‌ها

از ۴۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش ۲ نفر (۶/۷ درصد) در گروه سنی ۴۵-۴۸ در گروه آزمایش و ۳ نفر (۱۳/۳ درصد) در گروه کنترل، ۱۲ نفر (۶۶/۷ درصد) در گروه سنی ۴۹-۵۳ در گروه آزمایش و ۱۱ نفر (۶۰ درصد) در گروه کنترل، ۶ نفر (۲۶/۷ درصد) در گروه سنی ۵۴ به بالا در گروه آزمایش و ۶ نفر (۲۶/۷ درصد) در گروه کنترل می‌باشد. همچنین از ۴۰ نفر شرکت‌کنندگان دارای ۴ نفر (۲۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم در گروه آزمایش و در گروه کنترل ۴ نفر (۲۰ درصد) ۶ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم در گروه آزمایش و ۶ نفر (۲۶/۷ درصد) در گروه کنترل، ۸ نفر (۴۶/۷ درصد) تحصیلات لیسانس در گروه آزمایش و ۷ نفر (۴۰ درصد) در گروه کنترل همچنین ۲ نفر (۶/۶ درصد) در گروه آزمایش و ۳ نفر (۱۳/۳ درصد) در گروه کنترل می‌باشند. ۴ نفر (۲۰ درصد) از افراد شرکت‌کننده دارای وضعیت اقتصادی ضعیف در گروه آزمایش و در گروه کنترل ۵ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای وضعیت ضعیف، و ۱۲ نفر (۶۰ درصد) دارای وضعیت اقتصادی متوسط در گروه آزمایش و در گروه کنترل ۱۱ نفر (۵۳/۳ درصد) در گروه متوسط، و ۴ نفر (۲۰ درصد) در گروه دارای وضعیت اقتصادی عالی در گروه آزمایش و ۴ نفر (۲۰ درصد) دارای وضعیت اقتصادی عالی در گروه کنترل هستند.

**شیوه اجرا.** پس از هماهنگی با سرای محله و خانه‌های سلامت شمال تهران، طی فراخوانی از زنان پیش‌یائسه دعوت شد تا به خانه‌های سلامت و سراهای محله مراجع نمایند. پس از مراجعه ۸۶ زن پیش‌یائسه، ضمن تشریح پژوهش و اطمینان از محرمان بودن نتایج، درخواست شد تا به پرسشنامه پژوهش پاسخ دهند. پس از همکاری زنان با پژوهشگر و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با ملاحظات ورود و خروج پژوهش و ملاحظات اخلاقی ۴۰ زن پیش‌یائسه که همزمان نمرات کمتری در پرسشنامه صمیمیت زناشویی کسب کرده بودند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به تصادف کاربندی شدند. دوره آموزشی در کلاس خانه سلامت منطقه ۱ تهران که شرایط آموزش و مداخله گروهی را داشت؛ برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برگزار شد و 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 محرمانه ماندن اطلاعات به زنان توضیح داده شد. جلسه‌های درمان به صورت 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، پس از آزمون و در مرحله پیگیری دو ماهه به پرسشنامه پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز به دو گروه تقسیم و هر گروه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آخرین نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS

**جدول ۲. شاخص‌های توصیفی ابعاد صمیمیت زناشویی برای گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری**

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		شاخص‌های آماری	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	گروه	متغیر
۱۱/۳۵	۲/۹۶	۱۴/۳۵	۴/۲۰	۱۴/۱۵	۴/۰۹	آزمایش	بعد صمیمیت عاطفی
۱۱/۷۵	۳/۴۳	۱۰/۹۰	۲/۹۸	۱۱/۰۵	۲/۸۹	گواه	
۱۳/۵۵	۲/۶۲	۱۶/۵۵	۳/۰۵	۱۶/۷۶	۳/۰۲	آزمایش	بعد صمیمیت روان‌شناختی
۱۳/۴۰	۲/۵۴	۱۳/۱۰	۲/۷۱	۱۳/۲۵	۲/۸۴	گواه	
۲۰/۲۵	۲/۸۲	۲۴/۷۰	۳/۴۸	۲۴/۹۵	۳/۱۷	آزمایش	بعد صمیمیت عقلانی
۲۰/۱۵	۲/۸۱	۱۹/۴۵	۳/۱۵	۱۹/۵۵	۳/۰۶	گواه	
۱۴/۰۵	۲/۹۸	۱۷/۵۰	۴/۰۷	۱۷/۷۵	۳/۸۷	آزمایش	بعد صمیمیت جنسی
۱۳/۳۰	۲/۱۳	۱۳/۳۵	۲/۱۱	۱۳/۵۰	۱/۹۶	گواه	
۱۶/۷۰	۵/۲۶	۲۰/۹۵	۶/۳۵	۲۱/۱۵	۶/۳۱	آزمایش	بعد صمیمیت بدنی
۱۵/۱۰	۴/۱۵	۱۴/۹۰	۴/۶۲	۱۵/۰۵	۴/۷۴	گواه	
۱۶/۱۰	۳/۸۱	۲۰/۱۰	۴/۵۹	۲۰/۳۵	۴/۶۰	آزمایش	بعد صمیمیت معنوی
۱۴/۷۵	۳/۳۰	۱۴/۷۰	۳/۳۸	۱۴/۹۰	۳/۵۸	گواه	
۱۹/۰۵	۲/۵۲	۲۳/۰۰	۴/۵۳	۲۲/۵۰	۴/۱۳	آزمایش	بعد صمیمیت زیبایی‌شناختی
۱۸/۱۰	۳/۰۹	۱۷/۷۵	۳/۲۹	۱۷/۷۵	۳/۲۹	گواه	
۱۶/۷۵	۱/۲۵	۲۰/۲۰	۳/۷۷	۲۰/۴۵	۳/۶۳	آزمایش	بعد صمیمیت اجتماعی-تفریحی
۱۷/۰۰	۱/۳۷	۱۶/۳۰	۱/۶۵	۱۶/۵۰	۱/۵۳	گواه	

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین نمره هشت ابعاد صمیمیت زناشویی (بعد صمیمیت عاطفی، صمیمیت روان‌شناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت جنسی، صمیمیت بدنی، صمیمیت معنوی، صمیمیت زیبایی‌شناختی و صمیمیت اجتماعی-تفریحی) از پیش‌آزمون بیشتر است؛ این تفاوت‌ها در گروه کنترل محسوس نیست.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین نمره هشت ابعاد صمیمیت زناشویی (بعد صمیمیت عاطفی، صمیمیت روان‌شناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت جنسی، صمیمیت بدنی، صمیمیت معنوی، صمیمیت زیبایی‌شناختی و صمیمیت اجتماعی-تفریحی) از پیش‌آزمون بیشتر است؛ این تفاوت‌ها در گروه کنترل محسوس نیست.

**جدول ۳. نتایج آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای پژوهش**

W موخلی		آزمون لوین		کولموگراف-اسمیرنوف		گروه	متغیر
آماره	$\chi^2$ مقدار	F	سطح معناداری	Z	سطح معناداری		
۰/۷۲	۱۲/۱۶**	۱/۸۷	۰/۱۹	۰/۳۷	۰/۱۴	آزمایش	بعد صمیمیت عاطفی
۰/۸۰	۸/۰۴*	۲/۱۳	۰/۱۵	۰/۳۱	۰/۱۵	گواه	
۰/۶۷	۳/۱۵*	۱/۱۴	۰/۳۱	۰/۰۹	۰/۲۲	آزمایش	بعد صمیمیت روان‌شناختی
۰/۵۷	۴/۲۰*	۱/۹۲	۰/۱۷	۰/۱۱	۰/۲۰	گواه	
۰/۴۸	۳/۷۸*	۰/۸۹	۰/۴۲	۰/۲۰	۰/۱۸	آزمایش	بعد صمیمیت عقلانی
				۰/۱۳	۰/۲۱	گواه	
				۰/۲۸	۰/۱۹	آزمایش	بعد صمیمیت جنسی
				۰/۳۰	۰/۱۵	گواه	
				۰/۳۱	۰/۱۵	آزمایش	بعد صمیمیت بدنی

۰/۲۷	۰/۱۶	گروه				
۰/۲۶	۰/۱۴	آزمایش	۰/۶۷	۰/۵۰	۵/۱۵*	۰/۸۴
۰/۳۱	۰/۱۶	گروه				
۰/۳۰	۰/۱۷	آزمایش	۲/۱۵	۰/۱۴	۴/۱۴*	۰/۷۲
۰/۲۴	۰/۱۵	گروه				
۰/۱۹	۰/۱۴	آزمایش	۰/۱۳	۰/۷۴	۷/۶۰*	۰/۵۹
۰/۳۰	۰/۱۹	گروه				

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

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش ابعاد صمیمیت جنسی (بعد صمیمیت عاطفی، صمیمیت روان‌شناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت جنسی، صمیمیت بدنی، صمیمیت معنوی، صمیمیت زیبایی شناختی و صمیمیت اجتماعی-تفریحی) 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 باید از اصلاح اپسیلین گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنیها از این آماره استفاده شد.

نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

#### جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل

##### پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

اندازه اثر	سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	اجزاء	منابع تغییرات
۰/۱۷	۰/۰۰۱	۷/۹۱	۱۵/۰۵	۲	۳۰/۱۱	مراحل مداخله	صمیمیت
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۲۳/۸۲	۴۵/۳۲	۲	۹۰/۶۵	مراحل × گروه	عاطفی
۰/۰۹	۰/۰۴۶	۳/۸۹	۱۲۶/۰۷	۱	۱۲۶/۰۷	گروه	
۰/۴۳	۰/۰۰۱	۲۸/۶۵	۲۷/۸۵	۲	۵۵/۷۱	مراحل مداخله	صمیمیت
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۳۷/۹۰	۳۶/۸۶	۲	۷۳/۷۱	مراحل × گروه	روان‌شناختی
۰/۱۶	۰/۰۰۸	۷/۷۲	۱۶۸/۰۳	۱	۱۶۸/۰۳	گروه	
۰/۴۳	۰/۰۰۱	۲۹/۰۳	۵۱/۶۵	۲	۱۰۳/۳۱	مراحل مداخله	صمیمیت
۰/۵۷	۰/۰۰۱	۵۱/۱۷	۹۱/۰۵	۲	۱۸۲/۱۱	مراحل × گروه	عقلانی
۰/۲۸	۰/۰۰۱	۱۵/۳۱	۳۵۸/۲۰	۱	۳۵۸/۲۰	گروه	
۰/۴۹	۰/۰۰۱	۳۷/۲۷	۴۶/۰۳	۲	۹۲/۰۶	مراحل مداخله	صمیمیت جنسی
۰/۴۵	۰/۰۰۱	۳۲/۱۴	۳۹/۷۰	۲	۷۹/۴۰	مراحل × گروه	
۰/۲۳	۰/۰۰۲	۱۱/۵۳	۲۷۹/۰۷	۱	۲۷۹/۰۷	گروه	
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲۷/۴۹	۵۹/۸۰	۲	۱۱۹/۶۱	مراحل مداخله	صمیمیت بدنی
۰/۴۳	۰/۰۰۱	۲۹/۵۷	۶۶/۷۵	۲	۱۳۳/۵۱	مراحل × گروه	
۰/۱۷	۰/۰۰۸	۷/۸۷	۶۳۰/۲۰	۱	۶۳۰/۲۰	گروه	
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۳۴/۰۷	۵۸/۶۰	۲	۱۱۷/۲۱	مراحل مداخله	صمیمیت
۰/۴۵	۰/۰۰۱	۳۲/۱۸	۵۵/۳۵	۲	۱۱۰/۷۱	مراحل × گروه	معنوی
۰/۲۳	۰/۰۰۲	۱۱/۶۴	۴۹۶/۱۳	۱	۴۹۶/۱۳	گروه	

۰/۳۷	۰/۰۰۱	۲۳/۱۸	۳۸/۰۳	۲	۷۶/۰۶	مراحل مداخله	صمیمیت زیبایی
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۳۳/۷۱	۵۵/۳۰	۲	۱۱۰/۶۰	مراحل × گروه	شناختی
۰/۲۳	۰/۰۰۲	۱۱/۶۴	۳۹۹/۶۷	۱	۳۹۹/۳۷	گروه	
۰/۲۴	۰/۰۰۱	۱۲/۰۶	۳۰/۰۰	۲	۶۰/۰۱	مراحل مداخله	صمیمیت
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۲۳/۳۵	۵۸/۱۰	۲	۱۱۶/۲۱	مراحل × گروه	اجتماعی-
۰/۲۸	۰/۰۰۱	۱۴/۷۵	۱۹۲/۵۳	۱	۱۹۲/۵۳	گروه	تفریحی

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

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمرات صمیمیت عاطفی ( $F=3/89$ )، صمیمیت روان‌شناختی ( $P=0/046$ )، صمیمیت عقلانی ( $F=15/31$ )، صمیمیت جنسی ( $P=0/008$ )، صمیمیت بدنی ( $F=7/72$ )، صمیمیت معنوی ( $P=0/008$ )، صمیمیت زیبایی ( $F=11/53$ )، صمیمیت اجتماعی-تفریحی ( $F=11/64$ ) و صمیمیت اجتماعی-تفریحی ( $P=0/002$ ) مؤثر بوده است.

#### جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پس‌آزمون- پیگیری		پیش‌آزمون- پیگیری		پیش‌آزمون- پس‌آزمون		شاخص‌های آماری
انحراف	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف	تفاوت	
معیار	میانگین	معیار	میانگین	معیار	میانگین	
۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۳۷	۱/۰۵*	۰/۳۷	۱/۰۷*	صمیمیت عاطفی
۰/۰۹	۰/۱۷	۰/۲۷	۱/۵۲**	۰/۲۴	۱/۳۵**	صمیمیت روان‌شناختی
۰/۰۸	۰/۱۷	۰/۳۵	۲/۰۲**	۰/۳۶	۱/۸۷**	صمیمیت عقلانی
۰/۱۱	۰/۲۰	۰/۲۹	۱/۹۵**	۰/۲۹	۱/۷۵**	صمیمیت جنسی
۰/۱۰۹	۰/۱۷	۰/۴۰	۲/۲۰**	۰/۴۰	۲/۰۲**	صمیمیت بدنی
۰/۱۴	۰/۲۲	۰/۳۴	۲/۲۰**	۰/۳۴	۱/۹۷**	صمیمیت معنوی
۰/۱۴	۰/۲۵	۰/۳۱	۱/۵۵**	۰/۳۵	۱/۸۰**	صمیمیت زیبایی‌شناختی
۰/۱۲	۰/۲۲	۰/۴۰	۱/۶۰**	۰/۴۳	۱/۳۷**	صمیمیت اجتماعی-تفریحی

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

اجتماعی-تفریحی) گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. بر اساس نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش ابعاد صمیمیت زناشویی در پس‌آزمون شده است. با توجه به نتایج این پژوهش، در بررسی نتایج سایر پژوهشگران، با پژوهش شهری و همکاران (۱۳۹۶)، سعادت‌مند و همکاران (۱۳۹۶)، آقاجانی و ایروانی (۱۳۹۵)، خان جانی و همکاران (۱۳۹۵)، بویس 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 یابد و در نهایت رضایت

در جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات ابعاد صمیمیت زناشویی ( $P=0/001$ ) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در ابعاد صمیمیت زناشویی معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

بررسی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین ابعاد صمیمیت زناشویی (بعد صمیمیت عاطفی، صمیمیت روان‌شناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت جنسی، صمیمیت بدنی، صمیمیت معنوی، صمیمیت زیبایی‌شناختی و صمیمیت



تبدیل به باور می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌شان نباشند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، بیابند؛ در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند؛ هیچ‌یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی مضر نیستند، آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها، تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده می‌شوند که آنچه را که ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (دال و همکاران، ۱۳۹۴/۲۰۱۵). به طور کلی به فرد کمک می‌کند با ارتباط کامل با زمان حال و ذهن آگاهی به تغییر رفتارها و افکار نادرست بپردازد و از این طریق زن و شوهر می‌توانند رضایت کامل از زندگی خود داشته باشند و به‌خوبی زندگی خود را پیش ببرند و مسائل و مشکلات خود را به نحو مطلوبی حل کنند و بر سر مشکلات به توافق مشتریکی برسند (دال و همکاران، ۱۳۹۴/۲۰۱۵). از آنجا که نیاز جنسی از نیازهای بنیادی و غریزی بشر محسوب می‌شود ارضای صحیح این نیاز موجب احساس لذت شده و در فرآیندهای پیچیده‌تر باعث افزایش اعتماد به نفس، احساس خودکارآمدی و در نهایت ایجاد نگرش مثبت به محیط پیرامون می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور کلی موجب افزایش آگاهی افراد نسبت به شیوه ارضای صحیح نیاز جنسی شده و همین امر موجب افزایش عناصر سلامت روان گشته که شادکامی نیز در این دسته قرار می‌گیرد (جاراسیکو و همکاران، ۲۰۱۵).

زناشویی به تدریج 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 بین فردی اجتناب کرده و شیوه‌های کنترل بین فردی و خصومت نسبت به یکدیگر را در پیش بگیرند؛ در روال این درمان، صمیمیت رو به بهبود می‌رود و این بهبود به‌واسطه پذیرش، عدم اجتناب تجربی و عدم استفاده از شیوه‌های کنترل، افزایش ذهن آگاهی، مشخص شدن ارزش‌ها و تعدیل انتظارات، کاهش قضاوت و تفکر 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؛ در این درمان آگاه ساختن زنان پیش‌یائسه از طرحواره‌های صمیمیت و کمک به اصلاح آن‌ها یکی دیگر از عوامل تبیین‌کننده بهبود روابط و افزایش صمیمیت در طی درمان است (عیسی نژاد جهرمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). افزون بر آن، در تبیین چرایی نتایج حاصل از پژوهش در مورد اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی می‌توان گفت که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کار کردن روی پنج سم روان‌شناختی (حصار ذهن، انتظارات، ارزش‌های مبهم، قطع ارتباط و تلاش برای اجتناب) و پادزهر پنج سم روان‌شناختی (رهایی از ذهن، تضعیف انتظارات نه حذف آن‌ها، ارزش‌های واضح، یکی شدن با همسر و تمایل به رنج) بر صمیمیت زناشویی مؤثر واقع می‌شود (شهری و همکاران (۱۳۹۶)).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی‌اند؛ آنچه که افکار را

برنامه‌های آموزش پیش از یائسگی زنان سایر مناطق نیز استفاده شود. از آن جایی که نمونه پژوهش در انتها به صورت نمونه‌گیری از طریق فراخوان بوده است، و چون ابزار به صورت خودسنجی بود در تعمیم‌پذیری نتایج به کل جامعه باید احتیاط نمود و همچنین این پژوهش در بین زنان پیش یائسه خانه‌های سلامت منطقه ۳ و ۴ تهران انجام شده است و در تعمیم آن به گروه‌های دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. و به شرکت‌کننده‌گان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. همچنین دو جلسه ۴ ساعته به گروه کنترل آموزش داده شده است.

### سپاسگزاری

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

### مشارکت نویسندگان

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

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده مسول، 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؛ ۴۴۶-۴۵۸.

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

افزون بر آن، آموزش شیوه صحیح برقراری صمیمیت جنسی و در پی آن داشتن رابطه جنسی کامل‌تر و لذت‌بخش‌تر برای زوجین به‌خصوص زمانی که هر دو از رابطه راضی بوده باشند، تعداد بسیار زیادی از مشکلات زناشویی را قابل‌حل می‌کند؛ زنان در صورت ارضای صحیح هم از لحاظ جنسی و هم از لحاظ عاطفی، توانایی این را دارند که با مشکلات بهتر روبرو شوند و مسائل زناشویی را بهتر مدیریت کنند؛ از طرفی دیگر مردان در پی ارضای صحیح و کامل از لحاظ جنسی و عاطفی می‌توانند بسیاری از تنش‌ها، اضطراب‌ها و فشارهای روزمره خود را به صورت بهتری مدیریت کنند. همین دو امر باعث می‌شود که زن و مرد رضایت بیشتری از همسر خود داشته باشند و میزان صمیمیت زناشویی میان آن‌ها بالا می‌رود (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷). با داشتن رابطه جنسی بهتر، بسیاری از تعارضاتی که در اثر عدم ارضای نیاز جنسی و یا عاطفی برای هر یک از زوجین ایجاد می‌شود، به‌راحتی قابل‌حل می‌شود با بهتر شدن ارتباط میان زن و مرد و رفع دسته‌ای از تعارضات به‌تناسب رضایت از زندگی افراد بیشتر می‌شود و همین افزایش میزان رضایت در بعد شخصی برای هر یک از زوجین، موجب بهتر شدن کیفیت زندگی مشترک می‌گردد. علاوه بر آن، فنون پذیرش و تعهد با شناخت کامل از مسائل جنسی و حدود تخیلات و واقعیت‌ها و همچنین مشخص کردن شیوه صحیح ارتباط از شیوه‌های نادرست و نهایتاً نزدیک کردن رابطه جنسی مورد انتظار فرد و رابطه‌ای که انجام می‌شود بسیاری از مسائل شخصی افراد در زمینه صمیمیت زناشویی معقول‌تر می‌گردد (رستمی و همکاران، ۱۳۹۷). مهم‌ترین کاربرد این پژوهش می‌تواند اثربخشی آن در زمینه‌ی کاهش مشکلات زناشویی در جامعه باشد. این روش می‌تواند به‌منظور کاهش تعارضات میان همسران و ارتقاء روابط صمیمانه زوجی به روانشناسان، روان‌پزشکان، مشاوران، مددکاران و کلیه متخصصان متصدی مسائل زناشویی و ازدواج پیشنهاد گردد؛ 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

- بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زوجین. مجله پرستاری و مامایی ارومیه ۱۵ (۴): ۲۴۴-۲۵۱
- اعتدادی، عذرا، نوایی نژاد، شکوه، احمدی، سیداحمد، و فرزاد، ولی اله. (۱۳۸۴). تعیین اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زوجین. *مطالعات روانشناختی*، ۱۲(۱): ۸۷-۶۹
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انتشارات جنگل، تهران.
- بک‌چالاک، نسرين، و منصور، 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
- خانجانی وشکی، سحر، شفیع آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی الله، و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری (CBCT) و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۷(۴): ۳۱-۴۰
- خمسه، اکرم، و حسینیان، سیمین. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. *مطالعات زنان*؛ ۱۰(۱): ۲۲۰-۲۰۹
- سعادت‌مند خدیجه، بساک نژاد سودابه، امان‌الهی عباس. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و بخشش زوج‌ها. *روانشناسی خانواده*، ۴(۱): ۴۱-۵۲
- سلگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۱(۴): ۵۵۵-۵۳۵
- 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
- رستمی، مهدی، سعادت، نادره، و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه آموزش زوج درمانی هیجان مدار و راه
- حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و رضایت جنسی زوجین. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۲(۸): ۲۲-۱
- دال، جوان، استوارت. یان، مارتل، کریستوفر و کاپلان، جانانان. (۱۳۹۴). *ACT و RFT در روابط: کمک به مراجعین مشتاق صمیمیت و حفظ تعهدات سالم*. ترجمه: *نوابی نژاد، شکوه؛ سعادت، نادره و رستمی، مهدی*. چاپ اول، تهران: انتشارات جنگل (انتشار اثر به زبان اصلی)، ۲۰۱۵.
- طحان، محمد، آهنگری، الهه، عسکری، زهرا. (۱۳۹۶). اثر بخشی 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
- عیسی نژاد 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
- 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): ۴۵-۴۶
- 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): ۱۷۴-۱۵۷
- 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
- Canavarrro 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
- 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

- 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
- Pae C, Mandelli L, Kim T, Han C, Masand PS, et al. (2009). Effectiveness of antidepressant treatments in premenopausal versus postmenopausal women: A pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects. *Biomed Pharmacother.* 63(3):228
- 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
- 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
- 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
- Seib C, Anderson D, Lee K, Humphreys J. (2013). Predictors of mental health in postmenopausal women: Results from the Australian healthy aging of women study. *Maturitas.* 76(4):377-83
- 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
- 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
- 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
- ovarian cancers following fertility-sparing surgery. *Gynecol Oncol.* 139(1):141-7
- 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
- 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
- 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.
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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