

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زنان نابارور

شیوا کوهی کمالی^۱ شیدا سوداگر^{۲*} حمید پورشریفی^۳ حسن عشایری^۴

۱. گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳. گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۴. دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

هدف: سازگاری در روابط جنسی زوجین یکی از مهم‌ترین علل خوشبختی و موفقیت در زندگی زناشویی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زنان نابارور انجام شد.

روش‌ها: پژوهش کاربردی حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به ۶ مرکز ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بودند که تعداد ۴۰ نفر از آنان به‌عنوان گروه نمونه به روش در دسترس انتخاب و سپس به روش کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. با توجه به کاربست مداخله آموزشی، گروه آزمایش در معرض ۹ جلسه آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت و در سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری از طریق پرسشنامه رضایت زناشویی هادسون-هریسون مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

نتایج: میانگین رضایت جنسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته و این در حالی است که نوسان محسوسی در گروه کنترل در مراحل سه‌گانه مشاهده نمی‌شود. نتایج تحلیل آمیخته نیز نشان داد که اثر تعاملی گروه × زمان بر رضایت جنسی معنادار است ($F=10.71$, $P\text{-Value}=0.001$) و اجرای متغیر مستقل منجر به افزایش رضایت جنسی در گروه آزمایش شده است.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش و بهبود رضایت جنسی و زناشویی در زنان نابارور می‌شود.

کلیدواژه‌ها: زندگی زناشویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت جنسی، ناباروری.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۹/۰۷/۲۳ پذیرش مقاله: ۹۹/۱۰/۱۰

ارجاع: کوهی کمالی شیوا، سوداگر شیدا، پورشریفی حمید، عشایری حسن. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زنان نابارور. طب پیشگیری. ۱۳۹۹؛ ۷(۴): ۶۷-۵۶

مقدمه

زنان نابارور به زنانی گفته می‌شود که حداقل یک سال از تصمیم آن‌ها برای فرزنددار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد، اما موفق نشده باشند، برای درمان اقدام کرده و از سوی پزشک متخصص تشخیص ناباروری گرفته باشد (۱). روش‌های مختلف درمان ناباروری و سلامت باروری به سرعت در حال پیشرفت است، اما کیفیت زندگی زوج‌های نابارور به دلیل ماهیت آن و نیز پیچیدگی روابط آن با وضعیت

روان‌شناختی افراد به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته است (۲،۳).

ناباروری با رضایت جنسی ارتباط دو سویه دارد. ناباروری زندگی زوج‌ها را با یک سلسله فعالیت‌های پرزحمت درمانی، مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت زناشویی، احساس گناه، ناامیدی، افسردگی و احساس خلاء مواجه می‌سازد (۴). فشارهای روانی نیز به عنوان یک عامل خطر در کاهش میزان باروری زنان دارای سیکل‌های قاعدگی

نویسنده مسئول: شیدا سوداگر، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
تلفن: ۹۸۹۱۸۱۱۲۶۹۵ | پست الکترونیکی: sh_so90@yahoo.com

قابل توجهی در صمیمیت زناشویی، رضایت جنسی و همچنین کاهش معنادار در افسردگی و خستگی روانی نشان دادند (۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند مرکزی گسلش‌شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجع می‌شود (۱۲). طی پژوهش‌هایی، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی و امید به زندگی در زنان نابارور، کاهش شرم درونی و افزایش عزت‌نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان، کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی، افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی زوج‌های نابارور، افزایش صمیمیت و بخشش زوجین، سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان به اثبات رسیده است (۲۰-۱۳).

با توجه به موارد مطرح شده و محدود بودن مداخلات پزشکی و دارویی برای مقابله با مشکلات روانی ناشی از ناباروری در زنان، نیاز به روش‌هایی در درمان احساس می‌شود که بتوانند در کنار مداخله‌های پزشکی، علائم بیشتری از جمله رضایت جنسی زنان نابارور را بهبود بخشند. در این راستا بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه‌های روان‌شناختی مربوط به زنان نابارور ضرورتی دوچندان می‌یابد. همچنین، با توجه به این که شهر اصفهان جزء کلان‌شهرهای مرکز کشور است و از اطراف این شهر نیز جامعه زنان نابارور برای پیگیری درمان ناباروری مراجعه می‌کنند، بنابراین کاربست مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمان غیردارویی از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین، براساس مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور پروتکل درمان مبتنی بر

غیرطبیعی و طولانی مدت مطرح هستند. عوامل روانی از این رو که موجب ناتوانی جنسی و کم شدن ارتباط جنسی می‌شوند، در این زمینه دخیل هستند (۵). اضطراب، از دست دادن اعتماد به نفس، احساس شرم و گناه و افسردگی ناشی از ناباروری به عملکرد جنسی افراد نابارور آسیب می‌رساند. همچنین تشخیص، بررسی و درمان ناباروری با رضایت جنسی آن‌ها تداخل ایجاد می‌کند (۶). Dyer و همکاران گزارش کرده‌اند که لذت نبردن از روابط جنسی، احساس فشار در برنامه‌ریزی جهت ارتباط جنسی و فقدان عزت‌نفس جنسی در زنان نابارور بیشترین تاثیر را بر رضایت جنسی آن‌ها دارد (۷). همچنین از آن جا که گزارش کرده‌اند که در هنگام رابطه جنسی تنها به داشتن فرزند فکر می‌کنند، بنابراین همواره نگرانی در مورد این موضوع که باز با ناکامی دیگری روبه‌رو شوند، موجب افزایش استرس آن‌ها می‌گردد (۸). در نتیجه ناباروری باعث کاهش رضایت جنسی در بین زوجین نابارور می‌گردد. تاکنون در این زمینه مداخله‌های روان‌شناختی چندی صورت گرفته است. فانی‌سبحانی و همکارانش نشان دادند که درمان شناختی رفتاری تصویر بدن، با اصلاح باورهای منفی درباره ظاهر جسمانی و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت و منطقی، منجر به افزایش اعتماد به نفس در روابط جنسی و در نتیجه بهبود رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور می‌شود (۹). Bai و همکاران اثربخشی مداخله ذهن آگاهی با رویکرد خودگردان بر بهبود کیفیت خواب، کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بین زنان نابارور را نشان دادند (۱۰). Kim و همکارانش پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی مداخله روانشناسی بر استرس ناباروری، افسردگی، صمیمیت، رضایت جنسی و خستگی روانی در زنان نابارور نشان دادند که زنان نابارور بهبود

مقیاس توسط طراحان محاسبه و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ بدست آمد. پایایی مقیاس نیز با روش بازآزمایی با فاصله یک هفته محاسبه گردید که برابر ۰/۹۳ شد. روایی مقیاس از طریق روایی تفکیکی محاسبه گردید که نتایج نشان داد مقیاس توانایی تشخیص زوجین دارا و فاقد مشکلات جنسی را دارد (۲۱).

برای اجرای پژوهش جهت تهیه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش بحث گروهی متمرکز که از روش‌های موثر گردآوری داده‌ها در مطالعه‌های کیفی است، انجام شد. به این صورت که ۱۲-۶ شرکت‌کننده با راهنمایی یک تسهیل‌کننده حول محور ویژه‌ای به بحث می‌پردازند. سپس، یک گروه ۱۲ نفری از زنان نابارور مورد مطالعه تشکیل شد و سپس یک جلسه بحث گروهی به مدت دو ساعت با حضور یک تسهیل‌کننده و یک منشی برگزار شد. تسهیل‌کننده، هدایت گروه و منشی، ثبت و یادداشت‌برداری از مباحث مطرح شده را انجام داد. در ضمن اطلاعات به صورت صوتی نیز ثبت گردید. برای انجام بحث گروهی سوال‌های تشریحی براساس عمده‌ترین مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور تدوین شد و به هر شرکت‌کننده ۲۰ الی ۳۰ دقیقه جهت پاسخگویی زمان اختصاص داده شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات از گروه‌های مورد نظر، مباحث ضبط شده پیاده شد و بخش‌های کلیدی و موارد جا افتاده به کمک یادداشت‌های تهیه شده، تکمیل گردید. تحلیل داده‌ها با بررسی متن پیاده شده و استخراج تاکیده‌ها، موارد تکراری، کلمات یا جملات ویژه انجام شد. هدف از این مرحله، اصلاح بسته آموزشی و متناسب‌سازی آن با ویژگی‌های زنان نابارور و وقوف بر مشکلات احتمالی پیشبینی نشده بود. به این منظور، بسته آموزشی روی جامعه آماری زنان نابارور اجرا و مشکلات و نواقص آن رفع گردید. سپس با توجه به نتایج حاصله از مرحله اول،

پذیرش و تعهد تهیه شد و اثربخشی آن بر رضایت جنسی زنان نابارور در شهر اصفهان مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به ۶ مرکز درمان ناباروری شهر اصفهان در سال ۹۹ بود که تعداد ۴۰ نفر از آنان به روش در دسترس انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در طرح پژوهش، دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تحت درمان بودن (با تایید متخصص مربوطه)، نداشتن اعتیاد به هر گونه ماده مخدر بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل دو جلسه غیبت متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی سه جلسه متوالی یا غیرمتوالی، استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی در حین انجام پژوهش، ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر بود.

رضایت جنسی در سال ۱۹۸۱ توسط Hudson, Harrison & Crosscup برای ارزیابی سطوح رضایت زوجین ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۵ سوال می‌باشد و جزء پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی محسوب می‌شود. پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون در سطح یک مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰-۶ مشخص می‌شود و در مجموع نمره آزمودنی‌ها در کل تست بین ۰-۱۵۰ در نوسان است. همچنین پاره‌ای از ماده‌های مقیاس، نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره بالا در این مقیاس منعکس‌کننده رضایت جنسی است. ثبات درونی این

اندازه‌گیری مکرر در بخش استنباطی انجام شد. همچنین آزمون Shapiro-Wilk برای فرض نرمال بودن داده‌ها، آزمون Levene جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون M-box و Mauchly's Sphericity به عنوان پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری استفاده شد. در زمینه ملاحظات اخلاقی پژوهش، ضمن ارائه توضیح کافی درباره هدف، اهمیت، روش، مدت و شرایط اجرای مداخله پژوهشی و ارزیابی‌ها به شرکت‌کنندگان، از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش اخذ شد. همچنین، آن‌ها می‌توانستند در هر مرحله از پژوهش، در صورت عدم رضایت از ادامه شرکت در تحقیق انصراف دهند. در راستای سپاسگزاری از شرکت اعضای گروه کنترل در پژوهش، ضمن تعهد درباره آگاهی آن‌ها از نتایج پژوهش، هدایایی نیز برای آن‌ها در نظر گرفته شد که شامل سی‌دی‌های آموزشی در زمینه مهارت‌های زندگی و همچنین کتابچه‌هایی در باب مهارت‌های زناشویی و فرزندپروری بود.

اقدام به تهیه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شد و به منظور بررسی روایی محتوایی، بسته آموزشی توسط چند نفر از متخصصان در این زمینه مورد بازبینی قرار گرفت، اشکالات آن رفع و پیشنهادهای آنان اعمال گردید. در آخر، براساس معیارهای ورود به مطالعه و اجرای یک جلسه پیش‌آزمون ۴۰ نفر از زنان ناباروری که نمره پایین‌تر از میانگین به دست آوردند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس اعضای گروه آزمایش (تعداد ۲۰ نفر) ۹ جلسه مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ۱۲۰ دقیقه‌ای داشتند و گروه کنترل، هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد.

یک هفته پس از اتمام جلسات مداخله، پس‌آزمون و یک ماه بعد آزمون پیگیری به عمل آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آماره‌های میانگین و انحراف‌معیار و آزمون تی‌مستقل در بخش توصیفی و مدل تحلیل آمیخته با

جدول ۱- محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۲)

| جلسات | هدف | روند جلسات |
|----------|--|---|
| جلسه اول | فهم کامل ماهیت اضطراب و شناخت راهبردهای مقابله با آن براساس نتایج پرسشنامه و یا هر روش دیگری | معارفه تک تک اعضای تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه تعیین اهداف زیربنایی تعیین کوشش‌های قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب توصیف افکار و نشانه‌ها استعاره ببر گرسنه معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین یادآوری این که کنترل خود مشکل‌ساز است. تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟ |
| جلسه دوم | کنترل به عنوان یک مشکل/ کنترل رویدادهای شخصی | ارائه استعاره (مرد در گودال) استعاره کیک شکلاتی توجه به اشتیاق مراجع تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه |
| جلسه سوم | پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و باز شناسی او از این موضوع که (کنترل خود معضل است) | استعاره طناب‌کشی با غول استعاره دروغ سنج تاکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن آگاهی تکلیف خانگی: برگه "عملکرد نگرانی چیست"؟ |
| | ایجاد یک جهت‌گیری برای توسعه مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای نگرانی و | استعاره پلی‌گراف تمرین استعاره شیر، شیر، شیر |

| | | |
|---|--|-------------------|
| <p>اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس دستورالعمل مربوط به اشتیاق هیجان‌ها شفاف در مقابل هیجان‌ها مبهم معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه. تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن آگاهی</p> | <p>معرفی مفهوم گسلش</p> | <p>جلسه چهارم</p> |
| <p>معرفی ارزش‌ها بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در مقابل قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) جهت انجام در طول هفته تکالیف خانگی ارائه برگه شناسایی ارزش‌ها، انجام یک عمل با ارزش</p> | <p>معرفی اهمیت ارزش‌ها و چگونگی تمایز آن‌ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور رسیدن به ارزش‌های مشخص.</p> | <p>جلسه پنجم</p> |
| <p>شناسایی ارزش‌ها: استفاده از استعاره "سنگ قبر" دستورالعمل مهارت‌های ذهن آگاهی تمرین افزایش ذهن آگاهی تکالیف خانگی: شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)</p> | <p>تداوم ایجاد یک جهت‌گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه‌های عملی بیشتر برای پرورش گسلش</p> | <p>جلسه ششم</p> |
| <p>دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجان‌ها دستورالعمل کنترل سیکل هیجانی اجتناب هیجانی (استعاره اجاق داغ) هیجان‌ها واضح در مقابل هیجان‌ها مبهم تکالیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی شناسایی یک عمل با ارزش (تعیین هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)</p> | <p>توجه به عملکرد هیجان‌ها، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجان‌ها واضح و مبهم</p> | <p>جلسه هفتم</p> |
| <p>استعاره صفحه شطرنج بحث در مورد خود مشاهده‌گر در مقابل خود مفهومی. تمرین خود مشاهده‌گر شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته. تکالیف خانگی: انجام عمل با ارزش مشخص</p> | <p>معرفی تمایز بین خودهای مشاهده‌گر و خودهای مفهومی و شناسایی ارتباط بین مفهوم‌سازی‌های خود و اضطراب و نگرانی</p> | <p>جلسه هشتم</p> |
| <p>تعهد به عنوان یک فرآیند شناسایی گام‌های عملیاتی (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر) ارائه استعاره باغداری موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق‌ها جهت پذیرش آن‌ها (استعاره حباب در جاده) استعاره مسافران در اتوبوس استعاره صعود به قله شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته تکالیف خانگی: انجام یک عمل با ارزش مشخص</p> | <p>جلسه ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب‌ها جهت رسیدن به آن اهداف</p> | <p>جلسه نهم</p> |

درمان (به ماه) برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به ترتیب ۱۴/۸۵ و ۹/۶۵ و برای گروه کنترل به ترتیب ۱۱/۱۰ و ۷/۶۳ بود. در نهایت میزان تحصیلات ۷ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دیپلم و فوق دیپلم، ۸ نفر لیسانس و ۵ نفر بالاتر از لیسانس بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۵ نفر دیپلم و فوق دیپلم، ۹ نفر لیسانس و ۶ نفر بالاتر از لیسانس بود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۰/۲۰ و ۳/۷۷ و گروه کنترل به ترتیب ۲۹/۹۰ و ۳/۱۴ بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت ازدواج (به سال) برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۵/۷۰ و ۹/۶۵ و گروه کنترل به ترتیب ۴/۵۵ و ۱/۹۶ بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت

نبوده و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌ها برقرار بود. در ادامه برقراری/عدم برقراری مفروضه استقلال متغیر وابسته در مرحله پیش‌آزمون از عضویت گروهی، با استفاده از آزمون تی مستقل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد ارزش تی مستقل $(F=0/43, P-Value>0/05)$ در سطح $0/05$ معنادار نیست. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که پیش از اجرای متغیر مستقل بین گروه‌های آزمایش و کنترل به لحاظ رضایت جنسی تفاوت معناداری وجود ندارد و بنابراین مفروضه استقلال متغیر پیش‌آزمون از عضویت گروهی برای آن برقرار بود.

منطبق بر نتایج جدول ۲ مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس در بین داده‌های مربوط به رضایت جنسی برقرار بود $(P-Value>0/05)$. همچنین نتیجه تحلیل چند متغیری نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان بر رضایت جنسی $(Wilks\ Lambda = 0/194, \eta^2 = 0/306)$ در سطح $(P-Value<0/01)$ معنادار است.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد رضایت جنسی را در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین (انحراف استاندارد) مربوط به رضایت جنسی در گروه‌های آزمایش و کنترل

| گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|--------|------------------|-------------------|-------------------|
| آزمایش | ۹۲/۲۵ (۱۰/۹۴) | ۱۰۹/۶۰ (۱۸/۱۹) | ۱۱۱/۴۵ (۱۱/۵۶) |
| کنترل | ۹۰/۶۵ (۱۲/۲۲) | ۹۲/۴۰ (۱۳/۴۷) | ۹۲/۸۰ (۸/۸۶) |

در این پژوهش مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق ارزیابی مقادیر Shapiro-Wilk مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد شاخص Shapiro-Wilk مربوط به متغیر رضایت جنسی در هر دو گروه آزمایش و کنترل و در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح $0/05$ معنادار نیست که حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها برای هر دو گروه و در هر سه مرحله اجرا بود. نتایج آزمون Levene در ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیر رضایت جنسی نشان داد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به رضایت جنسی در دو گروه و در سه مرحله معنادار

جدول ۲- نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کواریانس و تحلیل چند متغیری

| آزمون چند متغیری | | | | برابری ماتریس واریانس کواریانس‌ها | | | |
|------------------|---------|-------------|------|-----------------------------------|---------|------|-------|
| η^2 | P-Value | درجات آزادی | F | Wilks Lambda | P-Value | F | M.Box |
| ۰/۳۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۲ و ۳۷ | ۸/۱۵ | ۰/۱۹۴ | ۰/۵۳۶ | ۰/۸۴ | ۵/۵۳ |

بنابراین، درجات آزادی مربوط به آن با روش گرینهوس-گیسر، اصلاح شد.

جدول ۳- تست موخلی برای آزمون برابری ماتریس خطاهای کواریانس

| شاخص موخلی | χ^2 | درجه آزادی | سطح معناداری |
|------------|----------|------------|--------------|
| ۰/۷۷۶ | ۹/۳۷ | ۲ | ۰/۰۰۹ |

جدول ۳ نتایج برابری ماتریس خطاهای کواریانس برای رضایت جنسی از طریق آزمون موخلی نشان می‌دهد که براساس آن ارزش مجذورکای مربوط به رضایت جنسی $(P-Value<0/01, w=0/776)$ در سطح $0/01$ معنادار است و چون بر این اساس مفروضه کرویت برای متغیر وابسته برقرار نبود،

جدول ۴ نتایج تحلیل آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر رضایت جنسی (F(۱/۶۳) در سطح (P-Value<۰/۰۱) معنادار است. بنابراین می‌توان گفت اجرای متغیر مستقل منجر به افزایش رضایت جنسی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شده است.

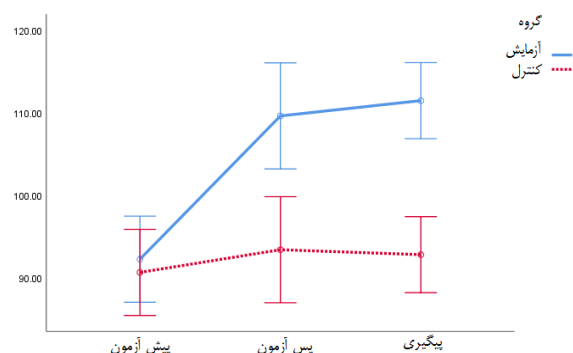
جدول ۴ نتایج تحلیل آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر رضایت جنسی را نشان می‌دهد. براساس این جدول اثر تعاملی گروه × زمان بر رضایت جنسی (P-Value=۰/۰۰۱، $\eta^2=۰/۲۲۰$)، $P=۱۰/۷۱$ و $F(۱/۶۲)=۰/۲۲۰$

جدول ۴- نتایج تحلیل آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر رضایت جنسی

| مجموع مجذورات | مجموع مجذورات خطا | درجه آزادی | F | سطح معناداری | η^2 |
|---------------|-------------------|--------------|-------|--------------|----------|
| ۱۶۹۹/۵۵ | ۶۰۳۱/۱۳ | ۱/۶۳ و ۶۲/۱۱ | ۱۰/۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲۰ |

کنترل در مراحل سه‌گانه آزمون مشاهده نشد. نتایج پژوهش با نتایج پژوهش‌های کاوسیان و همکاران، فانی‌سبحانی و همکاران، Kim و Burpee و همکاران، Bai و همکاران، حسین‌پناهی و همکاران هم‌سو است (۱۸-۱۱، ۹-۱۱، ۱۶). همچنین، نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کلال‌قوچان‌عتیق و سرایی که در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش و بهبود معنادار سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی در زنان می‌شود هم‌سو است (۲۰). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت همان‌گونه که پژوهش‌ها نشان داده‌اند، فعالیت‌های پر زحمت درمانی، کاهش صمیمیت زناشویی، احساس گناه، ناامیدی، بیهودگی و افسردگی، عدم لذت از روابط جنسی، احساس فشار در برنامه‌ریزی جهت ارتباط جنسی و فقدان عزت‌نفس جنسی، نگرانی مداوم از شکست در فرزندآوری و افزایش استرس ناشی از آن، در زنان نابارور بیشترین تاثیر را بر عدم رضایت جنسی آن‌ها دارد (۴، ۸). در نتیجه می‌توان گفت که اجرای مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر ذهن‌آگاهی، مقابله با باورهای غیرمنطقی، ایجاد همدلی بیشتر، آرام‌سازی عضلانی جهت کاهش فشارهای روانی، آموزش مهارت‌های حل مساله، پس‌خوراند زیستی، تصویرسازی ذهنی هدایت شده باعث کاهش قابل توجه استرس و عواطف منفی در

نمودار شکل ۱ نیز نشان می‌دهد که میانگین رضایت جنسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است و این در حالی است که نوسان محسوسی در گروه کنترل در مراحل سه‌گانه مشاهده نمی‌شود. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رضایت جنسی را در زنان نابارور افزایش داده است.



شکل ۱- نمودار مربوط به تغییرات رضایت جنسی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از آن بود که اجرای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش رضایت جنسی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شده است و میانگین رضایت جنسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است و این در حالی است که نوسان محسوسی در گروه

همسران خود برسند. همچنین، تعریف و شناسایی مشکلات جنسی با همکاری همدیگر و مشارکت و طرح‌ریزی نقشه مشترک برای مقابله با آن‌ها باعث ایجاد حس صمیمیت و همدلی بیشتر بین زنان نابارور و همسرانشان شده است. مثلاً انجام عمل در آغوش گرفتن، حس کردن، نوازش و لمس همدیگر توأم با توجه و آگاهی باعث تمرکز بیشتر آنان بر عمیق‌ترین احساس‌ها رابطه جنسی شده است و این امر در بهبود و افزایش رضایت جنسی آنان موثر بوده است.

در مجموع، با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان رضایت جنسی و زناشویی را در زنان نابارور افزایش داده است. این امر بر این اساس محقق شده است که کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان نابارور باعث شده است که زنان نابارور بتوانند حضور روان‌شناختی داشته باشند. تماس و ارتباط بیشتری با ارزش‌های خود داشته باشند. در ایجاد فضایی برای تحمل درد غیر قابل اجتناب زندگی تواناتر شوند. همچنین در زمینه هم‌جوش‌زدایی با افکار، باورها و خاطرات بی‌فایده و مضر تواناتر شوند. در برابر ناراحتی‌های هیجانی ناشی از ناباروری عمل و اقدام موثرتری انجام دهند و توانایی آن را پیدا کنند که با آن چه که در حال وقوع است بیشتر درگیر شوند و بدون اهمیت دادن به این که چه احساسی دارند، قدردان هر لحظه از زندگی خود باشند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری را تجربه کنند. تاکید این موضوع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که باید پذیرفت مشکل ناباروری صرفاً یک بیماری جسمی نیست که فقط نیازمند مداخله طبی و جراحی باشد، بلکه با توجه به مشکلات روان‌شناختی هم‌آیند با این عارضه، لازم است مداخلات درمانی مبتنی بر رویکردهای روان‌شناختی به ویژه درمان مبتنی بر

زنان نابارور شده است و در نتیجه باعث بهبود در تعامل و الگوهای ارتباطی زوجین شده است و همین امر توانسته است باعث افزایش و بهبود رضایت جنسی و زناشویی بیشتر در آنان شود. به عبارت دیگر، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست در رهاسازی افراد از افکار خودکار منفی، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم به زنان نابارور کمک کند به توانایی‌های خود پی برده و با تعویض نقش در زندگی، رضایت جنسی و سازگاری زناشویی بهتری را تجربه کنند.

در فرایند درمان براساس پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آموزش پذیرش، شفقت‌ورزی، امنیت و اعتماد، تعریف و شناسایی مشکل با کمک همدیگر، طراحی نقشه با کمک همدیگر استفاده شد. در مرحله پذیرش، نخستین گام در جهت بهبود رضایت جنسی زنان نابارور با همسران خود، این بود که بدون داوری و قضاوت هر آن چه بین همسرانشان وجود دارد را بپذیرند. درمان‌گر در طول آموزش و درمان تلاش کرد که زنان نابارور، با نرمی و انتظاراتی واقع‌بینانه به سوی پذیرش مشکلات جنسی قدم بردارند. در طی مداخله، برای خارج شدن از جو احساس شرم و گناه حاکم بر مسایل جنسی، به صورت صریح و بی‌پرده به مشکلات جنسی پرداخته شد تا گروه مداخله راحت‌تر بتوانند به پذیرش این مشکلات نائل شوند. پس از پرورش پذیرش، به زنان نابارور آموزش داده شد که به سمت پرورش و ابراز شفقت نسبت به رنج‌ها و مشکلات منحصر به فرد خود در ارتباط با مشکل جنسی سوق داده شوند. بر همین اساس، ابراز شفقت زنان نابارور نسبت به خود و همسرانشان منجر به تجربه امنیت و اعتماد در آنان شده است. آموزش گفتگوی عمیق و صریح درباره ترجیحات، نگرانی‌ها و امیال جنسی باعث شده است که زنان نابارور با تمرین آن در خانه، به حس امنیت و اعتماد با

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه زنان شرکت‌کننده در پژوهشکده با همکاری خود ما را در انجام این پژوهش یاری رسانند، تقدیر و تشکر نمایند.

تأییدیه اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه بین‌المللی کیش با کد اخلاق به شماره IR.HUMS.REC.1398.310 مصوب کمیته اخلاق دانشگاه هرمزگان و تاریخ ۱۳۹۸/۰۹/۱۶ می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

سهام نویسندگان

شیوا کوهی‌کمالی (نویسنده اول) طراحی مطالعه، نگارش و جمع‌آوری داده‌ها ۵۰ درصد؛ شیدا سوداگر (نویسنده دوم) مفهوم‌پردازی و ویرایش نهایی مقاله ۳۰ درصد؛ حمید پورشریفی (نویسنده سوم) نگارش بحث ۱۰ درصد؛ حسن عشایری (نویسنده چهارم) ویرایش نهایی مقاله ۱۰ درصد.

حمایت مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه بین‌المللی کیش است و تمام هزینه‌های مالی آن بر عهده نویسنده اول مقاله بوده است.

پذیرش و تعهد جهت توانبخشی روحی زوجها استفاده شود که نهایتاً منجر به سازگاری بهتر آنان شود.

در خصوص محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت از آن جایی که طراحی هر پروتکل درمان مستلزم کارآزمایی بالینی است تا نقایص و مشکلات آن مشخص شود، در هنگام کارآزمایی بالینی این طرح درمان، پژوهشگر با نقص‌هایی مواجه شد. به طور مثال، یکی از مشکلات مربوط به فشردگی جلسه‌های درمان بود که این امر باعث می‌شود با سرعت بیشتری وارد مراحل درمان پذیرش و تعهد شد. مثلاً باید مدت زمان بیشتری صرف افکار شود و با صرف زمان بیشتری وارد مرحله گسلش می‌شدند. با توجه به این که مطرح کردن موضوعات انتزاعی مانند افکار برایشان کار دشواری بود، و اغلب رویکردی اجتنابی نسبت به فکر کردن داشتند، بنابراین زمان بیشتری صرف مرحله ذهن آگاهی شد.

در نهایت می‌توان گفت پروتکل درمان طراحی شده مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان نابارور را بالا ببرد و باعث بهبود و افزایش سلامت روانی و جسمانی و در حالت کلی باعث افزایش رضایت زناشویی و رضایت جنسی در زنان نابارور شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این طرح درمان بر روی زوج‌های نابارور انجام شود. همچنین، بر روی سایر اختلالات مرتبط با زنان در خلال زندگی زناشویی و همچنین همسرانشان انجام شود.

تشکر و قدردانی

References

- Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. Prevalence of primary infertility in the Islamic

Republic of Iran in 2004-2005. Asia Pac J Public Health. 2009; 21(3):287-93. DOI: 10.1177/1010539509336009

2. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2010; 31(2):101-10. DOI: 10.3109/0167482X.2010.481337
3. Fisher JR, Baker GH, Hammarberg K. Long-term health, well-being, life satisfaction, and attitudes toward parenthood in men diagnosed as infertile: challenges to gender stereotypes and implications for practice. *Fertil Steril.* 2010; 94(2):574-80. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.01.165
4. Chester CE, Blandon AY. Dual trajectories of maternal parenting stress and marital intimacy during toddlerhood. *Pers Relatsh.* 2016; 23(2):265-79. DOI: 10.1111/perc.12122
5. Fisher JR, Hammarberg K. Psychological and social aspects of infertility in men: An overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian J Androl.* 2012; 14(1):121. DOI: 10.1038/aja.2011.72.
6. Bigras N, Daspe M-È, Godbout N, Briere J, Sabourin S. Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: Mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *J Sex Marital Ther.* 2017; 43(4):377-96. DOI: 10.1080/0092623X.2016.1176609
7. Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena N, van der Spuy ZM. You are a man because you have children: Experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Hum Reprod.* 2004; 19(4):960-7. DOI: 10.1093/humrep/deh195
8. Bois K, Bergeron S, Rosen N, Mayrand M-H, Brassard A, Sadikaj G. Intimacy, sexual satisfaction, and sexual distress in vulvodynia couples: An observational study. *Health Psychol* 2016; 35(6):531. DOI: 10.1037/hea0000289
9. Sobhani FF, Khalatbari J, Rahmati S. Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on body image on sexual satisfaction and marital adjustment of married infertile women. *Journal of Applied Psychology.* 2018; 12(1):25-45. [Persian]
10. Bai C-F, Cui N-X, Xu X, Mi G-I, Sun J-W, Shao D, et al. Effectiveness of two guided self-administered interventions for psychological distress among women with infertility: A three-armed, randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2019; 34(7):1235-48. DOI: 10.1093/humrep/dez066
11. Kim M, Moon S-H, Kim J-E. Effects of psychological intervention for Korean infertile women under in vitro fertilization on infertility stress, depression, intimacy, sexual satisfaction and fatigue. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020; 34(4):211-7. DOI: 10.1016/j.apnu.2020.05.001
12. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeldt A, Rowse J, et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *J Child Fam Stud.* 2015; 24(4):1016-30. DOI: 10.1007/s10826-014-9912-9
13. Samadi H, Doustkam M. Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital compatibility and life expectancy in infertile women. *International Academic Journal of Sosial Sciences.* 2016; 3(5):16-27.
14. Abdolazadeh H, Kabirnasab Y. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on internalized shame and sexual self-esteem of women with breast cancer after mastectomy surgery. *Quarterly Journal of Health Psychology.* 2019; 7(28):184-99. [Persian] DOI: 10.30473/hpj.2019.43575.4221
15. Shakernegad S, Moazen N, Hamidi M, Hashemi R, Bazzazadeh N, Bodaghi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress, marital satisfaction and quality of life in women with multiple sclerosis. *JHC.* 2017; 19(1):7-17. [Persian]
16. Kavousian J, Haniffi H, Karimi K. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction in couples. *JHC.* 2017; 19(1):75-87. [Persian]
17. Burpee LC, Langer EJ. Mindfulness and marital satisfaction. *J Adult Dev.* 2005; 12:43-51. DOI: 10.1007/s10804-005-1281-6

18. Hosseinpanahi M, Mirghafourvand M, Farshbaf-Khalili A, Esmailpour K, Rezaei M, Malakouti J. The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy on mental health and quality of life among infertile couples: A randomized controlled trial. *J Educ Health Promot.* 2020; 9:251. doi:10.4103/jehp.jehp_512_20
19. Basak Nejad S, Amanollahi A. The effectiveness of an acceptance and commitment-based couple therapy in intimacy and forgiveness among couples. *IJFP.* 2017; 4(1):41-52. [Persian]
20. Kallal Quchan Atiq Y, Saraei F. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy (ACT) on marital adjustment, sexual satisfaction and life satisfaction in women. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2016; 18(Special Issue):527-33. [Persian] DOI: 10.22038/JFMH.2016.8331
21. Akhavan Bitaghsir Z, Sanaee Zaker B, Navabinejad S, Farzad VA. Comparative of emotional focused couple therapy and acceptance and commitment therapy on marital adjustment and marital satisfaction. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2017; 5(2):121-8. [Persian] DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.121
22. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change.* New York: Guilford Press; 2011.

The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on sexual satisfaction of infertile women

Shiva Koochi Kamali¹Sheida Sodagar^{2*}Hamid Poursharifi³Hasan Ashayeri⁴

1. Department of psychology, Kish international branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2. Department of Psychology, Karaj Branch Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Department of Health Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4. Faculty of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Desirable sexual relations of couples is one of the most important causes of happiness and success in married life. The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on sexual satisfaction of infertile women.

Methods: This applied research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The study population included all infertile women referred to 6 infertility centers in Isfahan in 2019-2020, out of whom, 40 women were selected by the available sampling method and then randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group was exposed to 9 training sessions based on acceptance and commitment therapy and were evaluated in three stages of pre-test, post-test, and follow-up using the Hudson-Harrison Marital Satisfaction Questionnaire. Data analysis was performed using SPSS software version 26 and using repeated measures mixed analysis test.

Results: The results showed that the mean of sexual satisfaction in the experimental group increased compared to the control group in the post-test and follow-up stages ($P\text{-Value} < 0.05$). However, no significant difference was observed in the sexual satisfaction of control group in the three stages. The results of mixed analysis also showed that the interaction effect of time \times group on sexual satisfaction was statistically significant ($P\text{-Value} = 0.001$, $F = 10.71$) and the implementation of the independent variable led to an increase in sexual satisfaction in the experimental group.

Conclusion: Acceptance and commitment based therapy is effective in increasing and improving the quality of life and sexual satisfaction in infertile women.

Keywords: Married Life, Acceptance and Commitment Based Therapy, Sexual Satisfaction, Infertile.

Original Article

Received: 14 Oct 2020 Accepted: 30 Dec 2020

Citation: Koochi Kamali S, Sodagar S, Poursharifi H, Ashayeri H. Acceptance and commitment therapy and sexual satisfaction of infertile women: an interventional study. *JPM*. 2021; 7(4):56-67.

Correspondence: Sheida Sodagar, Department of Psychology, Karaj Branch Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Tel: +989188112695 Email: sh_so90@yahoo.com ORCID: 0000-0002-7935-4789