

Efficiency of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being and Sexual Function in Women with Infertility History

Monireh Hasanzadeh¹, Bahman Akbari^{*2} Abass Abolghasemi³

1. PhD Student, Department of Psychology, Azad University of Rasht, Rasht, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Azad University of Rasht, Rasht, Iran
3. Professor, Department of Psychology, Guilan University, Guilan, Iran

Article Info

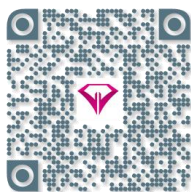
Received: 2018/07/06;
Accepted: 2018/07/31;
Published Online: 2019/03/27



[10.30699/sjnmf.27.4.250](https://doi.org/10.30699/sjnmf.27.4.250)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Women with infertility have psychological and sexual problems; therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and sexual function of women with a history of infertility.

Methods: This was a semi-experimental pretest-posttest study with control group. A total of 30 infertile women referred to the Mehr Infertility Clinic in Rasht city during the 6 months (October 2017 to March 2018) were selected by available sampling method and randomly assigned to two groups of acceptance and commitment therapy (n = 15) and control group (n = 15). They completed the psychological well-being Reef and the sexual function of women Rosen questionnaire before and after the intervention and after 2 months follow-up. Data were analyzed by SPSS 19 and using multivariate covariance analysis and repeated measure ANOVA.

Results: Mancova showed that the ACT therapy in post-test stage had a significant effect on psychological well-being ($P < 0.01$) and its components included self-acceptance, positive relationships with others ($P < 0.01$), autonomy and life Purposeful life ($P < 0.05$) and sexual function ($P < 0.01$) and that the effect of ACT was Remained to follow up stage.

Conclusion: According to the results, it can be said that ACT therapy has an effective role in promoting the psychological well-being and sexual function of women with a history of infertility.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Psychological well-being, Sexual function, Infertility

Corresponding Information:

Bahman Akbari, Associate Professor, Department of Psychology, Azad University of Rasht, Rasht, Iran. Email: bakbari44@yahoo.com

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Hasanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. Efficiency of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being and Sexual Function in Women with Infertility History. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (4):250-259

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری

منیره حسن‌زاده^۱، بهمن اکبری^{۲*}، عباس ابوالقاسمی^۳

۱. کارشناس مامایی و دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، گیلان، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، گیلان، ایران
۳. استاد تمام، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: زنان مبتلا به ناباروری با مشکلات اساسی روان‌شناختی و جنسی مواجه هستند؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری است.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی است. ۳۰ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری مهر در شهر رشت در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۶ به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واولز و سورل، پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف و عملکرد جنسی زنان راسن بود. پرسشنامه‌ها قبل، بعد از مداخله و پس از ۲ ماه پیگیری تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ و با روش‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت.</p> <p>یافته‌ها: براساس تحلیل مانکوا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT در مرحله پس‌آزمون بر بهزیستی روان‌شناختی ($P < 0/01$) و مؤلفه‌های آن شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران ($0/01 < P <$، خودمختاری و زندگی هدفمند ($0/05 < P <$) و عملکرد جنسی ($0/01 < P <$) تأثیر معنی‌داری داشت که این تأثیر به مدت دو ماه پیگیری ماندگار بود.</p> <p>نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت درمان ACT در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری نقش مؤثری دارد.</p> <p>کلیدواژه‌ها: سلامت عمومی، سلامت معنوی، مادران، کودک کم‌توان ذهنی</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۴/۱۵</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۹</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۱/۱۷</p> <p>نویسنده مسئول:</p> <p>بهمن اکبری</p> <p>دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، گیلان، ایران</p> <p>پست الکترونیک:</p> <p>bakbari44@yahoo.com</p> <p>برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.</p> 

مقدمه

مواجه می‌شود، افراد با ابهام دوسویه‌ای روبه‌رو می‌شوند. از دیدگاه روان‌شناختی تمایل برای فرزنددار شدن وجود دارد، اما چنین فرایندی در بعد جسمانی ممکن نیست و این ابهام استرس زیادی به افراد تحمیل می‌کند و بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-being) آنها را بر هم می‌زند [۵].

از دیدگاه Diner، به حسی از سلامتی که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فردی را شامل می‌شود، بهزیستی روان‌شناختی می‌گویند. بهزیستی روانی نیز از سه مؤلفه رضایتمندی، عاطفه منفی و عاطفه مثبت تشکیل شده است [۶]. از سوی دیگر مطالعات درباره بیماران که در کلینیک‌های ناباروری حضور می‌یابند، نتایج پیچیده‌ای از نظر بهزیستی روان‌شناختی به همراه داشته است. براساس برخی مطالعات، زنان نابارور سطح زیادی از آشفتگی، اضطراب و رضایت‌نداشتن از زندگی دارند و

یکی از مشکلات شایع در زنان که سلامت روانی و جنسی آنان را بر هم می‌زند، ناباروری (Infertility) است. تعریف ناباروری براساس منابع و کتب پزشکی این‌گونه است: زوجینی که پس از یک سال ازدواج و زندگی مشترک، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی، بارور نشده باشند، نابارور محسوب می‌شوند [۱]. میانگین شیوع ناباروری در کشورهای درحال توسعه حدوداً ۶/۹ درصد تا ۹/۳ درصد برآورد شده است [۲]. در سال‌های اخیر، میانگین کلی ناباروری در ایران ۱۳/۲ درصد گزارش شده است. همچنین فراوانی کلی ناباروری اولیه در ایران ۵/۲ درصد و ناباروری ثانویه ۳/۲ درصد است [۳].

ناباروری بیماری نیست، اما از آنجا که بر تمام جنبه‌های زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، می‌تواند سبب اختلال‌های مهم جسمانی و عاطفی شود [۴]. هنگامی که آرزوی فرزنددار شدن با شکست

با علاقهٔ روبه‌رشدی مواجه شده است و یکی از درمان‌های رفتاری موج سوم محسوب می‌شود [۱۵]. ریشهٔ ACT در نظریهٔ فلسفی زمینه‌گرایی عملکردی نهفته است و بر برنامه‌ای تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت مبتنی است. این درمان که Hayes و همکاران آن را مطرح کردند شش اصل اساسی دارد: گسلش^۳، پذیرش^۴، تماس با لحظهٔ حاضر^۵، مشاهدهٔ خود^۶، ارزش‌ها^۷ و عمل متعهدانه^۸ که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود [۱۶]. هدف ACT این است فرد به‌جای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها و تمایلات آشفته‌ساز، عملی را انتخاب کند که از میان گزینه‌های گوناگون زندگی مناسب‌تر باشد [۱۷].

اثربخشی ACT بر انواع اختلالات روانی از جمله اختلالات خلقی^۹ [۱۸]، وسواس^{۱۰} [۱۹]، استرس پس از سانحه^{۱۱} [۲۰]، هراس^{۱۲} [۲۱]، اضطراب منتشر^{۱۳} [۲۲] و تریکوتیلومانیا^{۱۴} [۲۳] تأیید شده است. تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های مختلف مانند بیماران صرعی [۲۴-۲۵]، بیماران دیابتی [۲۶]، زنان در معرض طلاق [۲۷]، افراد تراجنسی [۲۸] و بهزیستی روان‌شناختی زوجین [۲۹] اثبات شده است. همچنین Tabatabayi و همکاران در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرئت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی تأثیر مثبتی دارد [۳۰].

ناباروری از مشکلاتی است که به‌تدریج و در صورت عدم درمان و رفع آن، منجر به مشکلات روانی بیشتر برای زنان می‌شود و آشفتگی‌های روان‌شناختی بیشتر را در افراد مبتلا به وجود می‌آورد. امروزه پیشرفت‌های نوین علم پزشکی توانسته است در بسیاری از موارد، در درمان این بیماری موفق شود و امیدواری زنان مبتلا به آن را بیشتر کند، اما مشکلات روان‌شناختی ممکن است حتی پس از درمان ناباروری نیز کم یا زیاد پابرجا بماند که این فرایند با توجه به اهمیت سلامت زنان نابارور در ابعاد مختلف روانی، هیجانی و اجتماعی، نیازمند توجه بیشتر هم‌زمان با بحث درمان ناباروری است. بر این اساس پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقهٔ ناباروری تأثیر دارد؟

احساس امنیت نمی‌کنند. در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی آنها از زنان عادی کمتر است [۷]. بهزیستی عملکرد مطلوب انسان و سازه‌های چندبعدی است که عناصر شناختی و هیجانی را دربرمی‌گیرد. همچنین افراد با احساس بهزیستی بیشتر، به‌طور عمده با هیجان‌های مثبتی مواجه می‌شوند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ درحالی‌که گروه مقابل بیشتر هیجان‌های منفی مانند افسردگی، اضطراب و خشم را تجربه می‌کنند [۸].

علاوه بر این، ناباروری ممکن است بر سطح روابط زناشویی زوجین نیز تأثیر بگذارد؛ بنابراین یکی از متغیرهایی که در این گروه از زنان اهمیت دارد، عملکرد جنسی^۱ است. این متغیر بخشی از رفتار و زندگی انسان است که همواره مدنظر او بوده و تأثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او داشته است. بدین‌منظور کارکردهای جنسی اختلالی در روان‌پزشکی محسوب می‌شوند [۹]. از دیدگاه Binson، عملکرد جنسی چرخهٔ رفتاری است که از عوامل گوناگون زیستی و روانی یا به عبارتی درونی و بیرونی تأثیر می‌پذیرد. اختلال عملکرد جنسی نیز به‌عنوان اختلالی در چرخهٔ پاسخ جنسی یا درد هنگام رابطهٔ جنسی تعریف شده است [۱۰].

Abdolmanafi و همکاران، با بررسی نارضایتی جنسی و متغیرهای شناختی و عاطفی مؤثر بر نارضایتی جنسی در میان ۲۰۷ زن، نتیجه گرفتند که باورهای اختلالات جنسی از طریق عوامل مستعدکننده (شامل استنباط افکار و عواطف منفی خودبه‌خودی) بر عملکرد جنسی تأثیرگذارند. این امر فرایند تحریک جنسی را مختل می‌کند و بر رضایت جنسی تأثیر منفی می‌گذارد [۱۱]. براساس پژوهش Thomas و همکاران، عوامل روانی، مانند رضایت از رابطهٔ جنسی و اهمیت آن، کلید عملکرد جنسی زنان در میان‌سالانی هستند [۱۲]. همچنین Willi و همکاران دریافتند با در نظر گرفتن سن و طول رابطهٔ جنسی، هوش عاطفی با میل جنسی زنان ارتباط معکوسی دارد [۱۳].

به‌منظور ارتقای سطح بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان نابارور به‌جای داروهای پزشکی می‌توان از مداخلات مؤثر روان‌شناختی بهره برد [۱۴]. در سال‌های اخیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ یکی از مداخلات روان‌شناختی به‌شمار می‌آید که

8 . Committed Action

9 . Mood Disorders

10 . Obsession

11 . Posttraumatic Stress Disorders

12 . Panic

13 . General Anxiety

14 . Trichotillomania

1 . Sexual Function

2 . Acceptance and Commitment Therapy

3 . Defusion

4 . Acceptance

5 . Contact with the present Moment

6 . Observing Self

7 . Values

مجدد، از شرکت کنندگان دعوت شد پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کنند. به منظور حفظ رعایت اصول اخلاقی این پژوهش سعی شد جمع‌آوری اطلاعات در هر ۳ مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) پس از جلب رضایت زنان نابارور انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان حصول اطمینان از رازداری در اطلاعات شخصی آنها داده و اطلاعات بدون قید نام افراد در اختیار پژوهشگر گذاشته شد.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان رسن و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واولز و سورل است:

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (Reff ۱۹۸۹)

به منظور سنجش بهزیستی روان‌شناختی، از فرم کوتاه ۱۸ پرسشی پرسشنامه ریف [۳۱] استفاده شد. فرم اصلی ۱۲۰ پرسشی داشت، اما در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه‌تر ۸۴، ۸۵ و ۱۸ پرسشی آن نیز پیشنهاد شد. این پرسشنامه شامل ۶ خرده‌مقیاس به نام‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است که هر یک ۳ پرسش را شامل می‌شود. مقیاس پاسخگویی ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق است و برای به دست آوردن نمره مربوط به هر زیرمقیاس عبارات ۱۶، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۹، ۴، ۵ و ۳ به صورت معکوس و بقیه با روش مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. نمره همه عبارات مربوط به زیرمقیاس مورد نظر با هم جمع می‌شود و از جمع امتیازات نمره کل به دست می‌آید. دریافت نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است [۳۲]. Farzad و Sefidi هم‌سانی درونی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ اعلام کردند [۳۳]. همچنین در پژوهش Yosefi آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد که حاکی از پایایی پذیرفته‌آزمون بود [۳۲]. روایی پرسشنامه روان‌شناختی در مطالعه Bayani و همکاران ۰/۸۷ گزارش شده است که حاکی از روایی بالای آزمون دارد [۳۴].

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (Rosen (FSFI (۲۰۰۰)

این پرسشنامه شامل ۱۹ آیت‌م است که راسن برای متمایز کردن مبتلایان به اختلال عملکرد جنسی از افراد سالم طراحی کرده است. نحوه پاسخ‌دهی این پرسشنامه براساس ۶ گزینه فعالیت جنسی نداشتیم، هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب و همیشه بود و نمره‌گذاری نیز از ۰ تا ۵ صورت گرفت. کل امتیازات محاسبه شده به عملکرد جنسی کم (۰ تا ۳۳/۳)، متوسط (۳۳/۴ تا ۶۶/۶) و زیاد (بالاتر از ۶۶/۷) تقسیم شد [۳۵]. ضریب آلفای محاسبه شده برای پرسشنامه عملکرد جنسی در مطالعه Kraskian و همکاران ۰/۹۱ به دست

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری دوماهه است. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری مهر در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶ در شهر رشت است. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن رضایت کامل از شرکت در پژوهش، تشخیص پزشکی مبنی بر داشتن بیماری ناباروری، حداقل تحصیلات ابتدایی، مبتلانی بودن به بیماری‌های جسمی و روانی و دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل مصرف هرگونه مواد مخدر و الکل، نداشتن سطح سواد لازم، غیبت در بیش از یک‌سوم جلسات درمانی، هرگونه معلولیت یا بیماری روان‌پزشکی و شرکت کردن هم‌زمان در هر نوع مداخله آموزشی دیگر.

به منظور تعیین حجم نمونه از مطالعات مشابه [۱۴] استفاده شد. ۳۰ نفر از زنان نابارور که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از تأیید و امضای فرم رضایت از شرکت در پژوهش، به صورت تصادفی در ۲ گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون، ۲ گروه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (Reff ۱۹۹۸) و عملکرد جنسی زنان Rosen (۲۰۰۰) را تکمیل کردند. سپس گروه مداخله در مجموع به مدت ۲ ماه برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (شامل ۸ جلسه، هر هفته ۱ جلسه ۲ ساعته) را دریافت کردند. در مجموع در فرایند جلسات درمانی مواردی مانند آشنایی با مفاهیم درمانی (ACT) و انعطاف‌پذیری روانی، آموزش تنظیم هیجان، کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بیهودگی آنها، معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر آموزش داده شد.

در طول مدت مداخله درمانی برای گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نشد. ریزش نمونه‌ها به دلیل انصراف از ادامه فرایند درمان وجود نداشت. پس از فرایند مداخله درمانی، از ۲ گروه پس‌آزمون گرفته شد و به شرکت کنندگان گروه مداخله به منظور آمادگی برای مرحله سوم آزمون، یعنی مرحله پیگیری مجدد، تکالیفی مانند ثبت تجربه‌های روزانه، تمرین آشفستگی تمیز در مقابل آشفستگی کثیف، تمرین ذهن آگاهی، آموزش تن آرامی با استفاده از تکنیک‌های تنش‌زایی داده شد. پس از ۲ ماه برای انجام دادن مرحله پیگیری

شیوه درمانی استفاده‌شده در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در این شیوه تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی براساس پروتکل درمانی واولز و سورل طرح‌ریزی شد.

آمد. این ضریب برای میل جنسی ۰/۷۷، برانگیختگی ۰/۸۸، ارگاسم ۰/۷، درد، ۰/۸، رطوبت مهبل ۰/۸۴ و رضایت از فعالیت جنسی ۰/۸۸ برآورده شد [۳۶].

برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جدول ۲. عنوان موضوعات و خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	عناوین مطالب ارائه‌شده
۱	معرفی اعضا، مقدمه‌ای از انجام کار و پیش‌آزمون، برقراری رابطه درمانی، مفهوم‌سازی مشکل، آشنایی با مفاهیم درمانی (ACT) و انعطاف‌پذیری روانی
۲	پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روش‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه (بیان استعاره مهمان ناخوانده)، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۳	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۴	آموزش تنظیم هیجان، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، توضیح درمورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۵	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل‌مشاهده و بحث درمورد تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۶	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان 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
۷	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۸	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون و ارائه تکالیف شامل ثبت تجربه‌های روزانه، تمرین آشننگی تمیز در مقابل آشننگی کثیف، تمرین ذهن آگاهی، آموزش تن‌آرامی با استفاده از تکنیک‌های تنش‌زایی برای مرحله پیگیری

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

مقوله	فراوانی	درصد
متغیر سن	۲۰-۳۰	۱۵
	۳۱-۴۰	۱۵
مدت‌زمان ناباروری	۱-۵	۱۸
	۶-۱۰	۱۲
تحصیلات	زیر دیپلم	۸
	دیپلم و فوق‌دیپلم	۱۲
	کارشناسی	۷
	کارشناسی ارشد و دکترا	۳
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۲۰
	شاغل	۱۰

جدول ۳. نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیرها
SD	M	SD	M	SD	M		
۱/۵۴	۱۴/۶۶	۲/۴۴	۱۶/۱۳	۳/۳۵	۱۱/۵۳	آزمایش	مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی
۱/۰۵	۱۰/۶۰	۲/۳۵	۱۰/۳۳	۲/۳۶	۱۲/۱۳	کنترل	
۳/۶۴	۹/۴۰	۳/۳۶	۱۲/۵۳	۳/۳۵	۱۰/۱۳	آزمایش	
۲/۲۱	۱۱/۸۰	۱/۴۵	۹/۵۳	۱/۴۹	۱۵/۳۳	کنترل	
۲/۸۳	۱۳/۲۰	۳/۱۱	۱۴/۴۰	۲/۴۸	۹/۸۰	آزمایش	
۲/۶۶	۱۲/۶۰	۱/۵۸	۱۵/۶۶	۰/۵۰	۱۳/۶۰	کنترل	
۳/۳۷	۱۲/۶۰	۳/۲۴	۱۴/۵۳	۲/۵۲	۱۱/۶۶	آزمایش	
۱/۵۸	۹/۶۶	۳/۱۱	۱۰/۱۳	۳/۸۳	۹/۸۰	کنترل	
۴/۸۲	۱۳/۱۳	۳/۰۱	۱۵/۴۰	۱/۷۳	۹/۰۰	آزمایش	
۵/۲۷	۱۱/۳۳	۳/۶۸	۱۲/۴۶	۳/۳۲	۱۳/۰۶	کنترل	
۲/۸۰	۱۲/۲۰	۳/۵۹	۱۲/۲۶	۲/۰۶	۱۳/۴۰	آزمایش	
۳/۹۰	۱۲/۱۳	۴/۲۲	۱۳/۲۰	۴/۳۶	۱۲/۳۳	کنترل	
۶/۷۴	۷۵/۲۰	۱۰/۷۴	۸۵/۲۶	۷/۲۹	۶۵/۵۳	آزمایش	نمره کل بهزیستی روان‌شناختی
۷/۰۴	۶۸/۱۳	۸/۸۴	۷۱/۳۳	۸/۸۲	۷۷/۶۶	کنترل	
۳/۲۹	۲۰/۶۰	۳/۷۲	۲۳/۲۰	۳/۸۶	۱۸/۳۳	آزمایش	عملکرد جنسی
۳/۰۷	۱۸/۰۱	۲/۲۵	۱۸/۶۶	۲/۷۷	۱۷/۶۰	کنترل	

جدول ۴. تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون

میزان تأثیر	سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	منبع تغییرات
۰/۳۶	۰/۰۰۲	۱۲/۶۴۴	۵۶/۸۱۹	۱	۵۶/۸۱۹	پذیرش خود	گروه
۰/۳۰	۰/۰۰۷	۸/۷۵۴	۵۸/۰۵۶	۱	۵۸/۰۵۶	روابط مثبت با دیگران	
۰/۱۷	۰/۰۴۲	۴/۶۸۳	۲۷/۱۱۸	۱	۲۷/۱۱۸	خودمختاری	
۰/۰۲	۰/۴۲۴	۰/۶۶۳	۶/۱۳۸	۱	۶/۱۳۸	تسلط بر محیط	
۰/۱۸	۰/۰۳۵	۵/۰۳۵	۶۱/۵۶۳	۱	۶۱/۵۶۳	زندگی هدفمند	
۰/۰۲	۰/۵۰۱	۰/۴۶۸	۶/۴۹۹	۱	۶/۴۹۹	رشد فردی	
۰/۴۸	۰/۰۰۰	۲۵/۶۲۶	۲۰۲۰/۷۲۶	۱	۲۰۲۰/۷۲۶	نمره کل بهزیستی روان‌شناختی	
۰/۴۲	۰/۰۰۰	۲۰/۲۶۳	۱۲۶/۰۸۱	۱	۱۲۶/۰۸۱	عملکرد جنسی	

یافته‌ها

براساس نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره، درمان ACT در پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران ($P < ۰/۰۱$)؛ خودمختاری، زندگی هدفمند ($P < ۰/۰۵$) و در نمره کل بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی ($P < ۰/۰۱$) تأثیر مثبتی دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد درمان ACT در مؤلفه‌های تسلط بر محیط و رشد فردی تأثیر معنی‌داری ندارد ($P > ۰/۰۵$) (جدول شماره ۴). براساس تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر، تأثیر درمان ACT بر بهزیستی روان‌شناختی

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه آزمایش (درمان ACT) و گروه کنترل نشان داده شده است. ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان در دو گروه قرار دارند. وضعیت سنی، زمان ناباروری، تحصیلات و وضعیت شغلی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۲ ذکر شده است. همچنین نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی در گروه درمان ACT و کنترل آمده است (جدول شماره ۳).

شامل نمره کل بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی (۰/۰۱ P)، همچنین بر مؤلفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و زندگی هدفمند (۰/۰۵ P) تا مرحله پیگیری حفظ شده است (جدول شماره ۵).

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی در مرحله پیگیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig	میزان تأثیر
پذیرش خود	اثر مرحله	۲۹/۶۰۰	۲	۱۴/۸۰۰	۳/۹۲۱	۰/۰۲۵	۰/۱۲
روابط مثبت با دیگران	اثر مرحله	۷۶/۲۸۹	۲	۳۸/۱۴۴	۴/۵۸۰	۰/۰۱۴	۰/۱۴
خودمختاری	اثر مرحله	۱۵/۰۰۱	۲	۷/۵۰۰	۰/۷۶۳	۰/۴۷۱	۰/۰۲
تسلط بر محیط	اثر مرحله	۴۱/۶۰۰	۲	۲۰/۸۰۰	۲/۹۳۵	۰/۰۶۱	۰/۰۹
زندگی هدفمند	اثر مرحله	۱۲۷/۴۰۰	۲	۶۳/۷۰۰	۳/۹۰۵	۰/۰۲۶	۰/۱۲
رشد فردی	اثر مرحله	۲۹/۷۵۶	۲	۱۴/۸۷۰	۱/۴۷۶	۰/۳۳۷	۰/۰۵
نمره کل بهزیستی روان‌شناختی	اثر مرحله	۸۸۸/۹۵۶	۲	۴۴۴/۴۷۸	۷/۲۹۵	۰/۰۰۲	۰/۲۰
عملکرد جنسی	اثر مرحله	۱۳۲/۴۷۶	۲	۶۶/۲۳۳	۱۵/۹۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶

بحث

و همکاران [۲۶] که نشان دادند درمان ACT بر بیماران مبتلا به دیابت تأثیر دارد، مطابق است. پژوهش Narimani و همکاران [۲۷] که نشان داد درمان ACT بر بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان در معرض طلاق تأثیر دارد با پژوهش حاضر هم‌سویی دارد. همچنین یافته‌های pourkazem و همکاران [۲۸] که نشان می‌دهد درمان ACT بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به تراجنسی مؤثر است، با یافته به دست آمده در این پژوهش هم‌سوست. گفتنی است یافته‌ای غیرهم‌سو با پژوه حاضر یافت نشد. در این راستا، Saadatmand و همکاران دریافتند که اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر صمیمیت، بخشش و بهزیستی روان‌شناختی زوجها تأثیر مطلوبی دارد [۲۹].

بر اساس یافته پژوهش حاضر، در برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود به‌جای اجتناب فکری و عملی، از افکار و موقعیت‌های اجتماعی استفاده کنند. همچنین با افزایش پذیرش روانی وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی برسند و مشکلات اجتناب‌ناپذیر را از سر راه بردارند و از این راه سبب افزایش سلامت و بهزیستی خود شوند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدف را می‌توان جزء عوامل اصلی این روش دانست که این

ناباروری یکی از مشکلات عمده جوامع امروزی است که پیامدهای روانی و عاطفی زیادی را متوجه زوجین می‌کند. همچنین بر تمام جنبه‌های زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و می‌تواند سبب اختلال‌های مهم جسمانی و عاطفی شود [۴]. برخی مطالعات نشان می‌دهد زنانی که تجربه ناباروری دارند در سطح بالایی از آشفتگی، اضطراب، رضایت‌نداشتن از زندگی و نایمنی هستند و در نهایت بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری از زنان عادی دارند [۷]؛ بنابراین نیاز به مداخلات روان‌شناختی برای این گروه از زنان ضروری به نظر می‌رسد.

در بررسی یافته‌های به دست آمده، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد درمان ACT بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری و زندگی هدفمند، همچنین نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون تأثیر مثبتی دارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نیز نشان می‌دهد که درمان ACT بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و زندگی هدفمند و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی تا مرحله پیگیری حفظ شده است.

یافته‌های به دست آمده با نتایج پژوهش Lundgren و همکاران [۲۴] و Barzegari و همکاران [۲۵] که تأثیر درمان ACT بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به صرع را بیان کردند هم‌سویی دارد. همچنین با نتایج پژوهش Moghanloo

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در مرحله اول نمونه‌گیری و تفاوت در بافت فرهنگی نمونه‌ها ناشی از مراجعه افراد نابارور از شهرهای مختلف به کلینیک درمان ناباروری مهر رشت بود، می‌باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان ACT سبب ارتقای سطح بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان نابارور می‌شود. این نتیجه می‌تواند نقطه عطفی در درمان مشکلات روانی و جنسی این گروه از زنان باشد؛ زیرا آنها در کنار مشکل مربوط به ناباروری خود، با مشکلات عمده روانی و هیجانی نیز مواجه هستند که به‌نوعی زندگی آنها را دوجندان با گرفتاری و چالش همراه می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود درمان ACT یکی از مداخلات مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان ناباروری باشد تا مشکلات و آشفتگی‌های روان‌شناختی و جنسی آنها کاهش یابد.

سپاسگزاری

از خانم دکتر مهرافزا مدیریت کلینیک درمان ناباروری مهر در شهر رشت، همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و از تمامی عوامل حمایت‌کننده در این دانشگاه تشکر می‌کنیم. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با کد اخلاق IR. IAU. RASHT. REC. 1396.90 کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی است.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله بخشی از رساله دکتری و حامی مالی آن دانشگاه تربیت‌مدرس بود.

عوامل به کمک بهبود مهارت‌های اجتماعی و روابط اجتماعی سبب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و درنهایت منجر به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی می‌شود [۳۷].

تبیین دیگر درمورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور این است که این برنامه مداخله‌ای، توانایی مدیریت در قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری را در آنها ارتقا می‌دهد. این امر سبب افزایش تاب‌آوری و تعهد به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی، کاهش برانگیختگی‌های روانی و هیجانی، مقابله سازگار با منابع استرس‌زا و درنهایت ارتقای سطح بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور می‌شود [۳۸]. همچنین براساس نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر عملکرد جنسی زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون تأثیر مثبتی دارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان می‌دهد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر عملکرد جنسی تا مرحله پیگیری حفظ شده است. یافته به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش طباطبایی و همکاران که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرئت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی تأثیر مثبتی دارد، هم‌سوئی دارد [۳۰].

در تبیین یافته به‌دست‌آمده می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش عمل ارزشمند تأکید می‌کند؛ بنابراین شرکت‌کنندگان در برنامه‌های درمان ACT اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد [۳۹]. در این درمان‌ها، ارزش بیش از اینکه نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی عمل خاصی را برای فرد نشان می‌دهد. انتخاب و ترجیح این ارزش‌ها به‌نوعی به بهبودی روابط بین فردی، مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد که از این طریق عملکرد جنسی را ارتقا می‌دهد. همچنین این شیوه درمانی سبب می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت و سپس با ترمیم احساس ارزشمندی زندگی در زنان، زمینه برای افزایش سطح رضایت و عملکرد جنسی که بر اثر الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌ناپذیر ایجاد شده است، فراهم شود [۳۶].

References

1. Sadat Hoseini SA. Infertility from the view Point of Forensic Medicine. Iran J Med Law. 2009; 3 (8): 93-107. (Persian).

2. Gautam M, Risal P. Infertility: An Emerging Public Health Issue in Nepal. *Annals of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. 2017;3(1):1-2. [DOI:10.3126/acclm.v3i1.17717]
3. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The prevalence of infertility in Iran, a systematic review. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(81):1-7.
4. Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A, Van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DD. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*. 2001 Jul 1;16(7):1420-3. [DOI:10.1093/humrep/16.7.1420] [PMID]
5. Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient education and counseling*. 2010 Dec 1;81(3):422-8. [DOI:10.1016/j.pec.2010.10.009] [PMID]
6. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*. 2003 Feb;54(1):403-25. [DOI:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056] [PMID]
7. Miles LM, Keitel M, Jackson M, Harris A, Licciardi F. Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009 Aug 1;27(3):238-57. [DOI:10.1080/02646830802350880]
8. Safarina M, Aghayousefi AR, Baradaran M. The relationship between personality aspects, problem solving and psychological well-being the role of narcissism. *Counsel Psychother Culture* 2014. 2014;5:89-102.
9. Alizadeh A, Soleimani F, Barati H, Azizi M. The assessment of sexual function in female nurses and housewives. *Military Caring Sciences Journal*. 2015 Sep 15;2(2):115-9. [DOI:10.18869/acadpub.mcs.2.2.115]
10. Bayrami R, Sattarzadeh N, Koochaksari FR, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2008 Oct 1;9(3).
11. Abdolmanafi A, Owens RG, Winter S, Jahromi RG, Peixoto MM, Nobre P. Determinants of women's sexual dissatisfaction: Assessing a cognitive-emotional model. *The journal of sexual medicine*. 2016 Nov 1;13(11):1708-17. [DOI:10.1016/j.jsxm.2016.08.013] [PMID]
12. Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*. 2016 May 1;87:49-60. [DOI:10.1016/j.maturitas.2016.02.009] [PMID] [PMCID]
13. Willi J, Burri A. Emotional Intelligence and Sexual Functioning in a Sample of Swiss Men and Women. *The journal of sexual medicine*. 2015 Oct;12(10):2051-60. [DOI:10.1111/jsm.12990] [PMID]
14. Bavadi B, Poursharifi H, Lotfi Kashani F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based 8-step Pattern of Cash to Improve Psychological well-being of Women with Breast Cancer. *Irani Quar J of Brea Dise*. 2016; 8(4): 41-51.
15. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*. 2011; 4(1): 41-9. [DOI:10.2147/PRBM.S15375] [PMID] [PMCID]
16. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006 Jan 1;44(1):1-25. [DOI:10.1016/j.brat.2005.06.006] [PMID]
17. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012 Oct;40(7):976-1002. [DOI:10.1177/0011000012460836]
18. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior modification*. 2011 May;35(3):265-83. [DOI:10.1177/0145445511398344] [PMID]
19. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*. 2006 Mar 1;37(1):3-13. [DOI:10.1016/j.beth.2005.02.001] [PMID]
20. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009 Aug 1;16(3):243-52. [DOI:10.1016/j.cbpra.2008.10.002]
21. López FJ. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of panic disorder: Some considerations from the research on basic processes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2009;9(3):299-316.
22. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*. 2007 Mar 1;38(1):72-85. [DOI:10.1016/j.beth.2006.04.004] [PMID]
23. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*. 2006 Oct 1;44(10):1513-22. [DOI:10.1016/j.brat.2005.10.002] [PMID]
24. Lundgren T, Dahl J, Melin L, Kies B. Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa-a pilot study. *Epilepsia*. 2006 Dec;47(12):2173-9. [DOI:10.1111/j.1528-1167.2006.00892.x] [PMID]
25. Barzegaridehaj A. efficiency of the acceptance and commitment therapy on individuals psychological

- well-being in people with epilepsy in Imam Hossein Hospital in the autumn and winter of 2015. scientific journal of ilam university of medical sciences. 2017;25(1):138-47. [DOI:10.29252/sjimu.25.1.138]
26. Moghanloo VA, Moghanloo RA, Moazezi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of guilt in 7-15 years old diabetic children. Iranian journal of pediatrics. 2015 Aug;25(4). [DOI:10.5812/ijp.2436] [PMID] [PMCID]
 27. Narimani M, Bakhshyesh R. [The effectiveness of acceptance commitment training on the psychological well-being, emotional and marital satisfaction in divorce]. Counsel J 2015;13:108-23. (Persian).
 28. pourkazem F, Eshghi Nogourani R. The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment to Improving Psychological Well-Being of Transsexual Individuals Esfahan. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5 (1):29-41. (Persian). [DOI:10.29252/shenakht.5.1.29]
 29. Saadatmand, Kh., Basaknejad, S. Acceptance and Commitment therapy of intimacy, for giveness and psychological Well-bing of couples, Masters, Shahid Chamran University. (Persian).
 30. Tabatabayi AS, Sajjadian I, Motamedi M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function, Sexual Self-Consciousness and Sexual Assertiveness among Women with Sexual Dysfunction. J Res Behav Sci 2017; 15(1): 84-92. (Persian).
 31. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 1989 Dec;57(6):1069. [DOI:10.1037/0022-3514.57.6.1069]
 32. Yosefi M. Comparison of Happiness, Psycholigy Well-Being and Job Perfectionism among Women Nurses of Different Sections of Haspitals in Isfahan at 2014. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2015; 23 (2): 52-62. (Persian).
 33. Sefidi FA, Farzad V. Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2012 Jan 1;16(1):66-71.
 34. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2008 Aug 15;14(2):146-51.
 35. Tahmasebi H, Abasi E. Sexual Function and its Relation with Depression in Referring Women to Health Centers Affiliated to Medical Science University in Sari Township. Quar J of Heal Bre. 2013; 1(3): 40-44. (Persian).
 36. Kraskian Mujembari A, Keybollahi T. Compile and Standardization of Tehran Married Women Sexual Function Questionnaire (Tehran-SFQ). Mod Care J. 2014; 11 (1): 44-54. (Persian).
 37. Moradzadeh F, Pirkhaefi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Satisfaction and Cognitive Flexibility among Married Employees of the Welfare Office. IJPN. 2018; 5 (6): 1-7. (Persian). [DOI:10.21859/ijpn-05061]
 38. Amanollahi A, Zare M, Rajabi GH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on acceptance and growth after break up in female students with break-up experience. j of coun rese. 2018; 15 (64):4-29. (Persian).
 39. Mojdeh F, Mohamadi SZ. The relationship between depression and sexual function index among married women. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2013 May 15;21(1):41-51.