

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی  
*The effectiveness of group therapy based on commitment and admission on the sexual satisfaction  
of people with Empty nest syndrome*

**Mohammad Tahan**

Young Researchers and Elite Club, Birjand Branch,  
Islamic Azad University, Birjand, Iran.  
t.mohammad2@gmail.com

**Zahra Askari**

Master of Clinical Psychology, Torbat Jam Branch,  
Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

**Elahe Ahangri**

University lecturer, Department of Psychology and  
Educational Sciences, Payame Noor University, Kashmar,  
Iran

محمد طحان (نویسنده مسئول)

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند،

ایران t.mohammad2@gmail.com

**زهرا عسکری**

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت

جام، ایران

**الهه آهانگری**

مدرس دانشگاه، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، کاشمر، ایران

**Abstract**

**Aim:** The purpose of this study was to evaluate the efficacy of admission and commitment therapy on increasing sexual satisfaction in people with nasal syndrome. This semi-experimental research is a post-test pre-test with control group. **Method:** The statistical society was comprised of all men and women in Tehran whose children left them and separated from them. 30 persons were selected using available sampling method. For data collection, the Larsson Sexual Satisfaction Questionnaire was used in the post-test. The experimental group received group treatment of admission and commitment during 8 sessions of 2 hours and the control group received no treatment. In the post-test phase, the questionnaires were repeated on both groups. SPSS version 20 was used to analyze the data. **Results:** The findings showed that the average of sexual satisfaction scores in the post-test and the experimental group was significantly higher than the mean post-test scores in the control group. **Conclusion:** Based on the findings of this study, admission and commitment therapy can be effective in increasing sexual satisfaction in people with nasal syndrome.

**Keyword:** Admission and commitment, sexual satisfaction, empty nest syndrome.

**چکیده**

**هدف:** پژوهش حاضر اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت جنسی در افراد با سندرم آشیانه خالی بود. این پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. **روش:** جامعه آماری را کلیه مردان و زنان شهر تهران که فرزندانشان آنها را ترک کرده و از آنها جدا شده تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده‌ها در مرحله پس آزمون از پرسشنامه رضایت جنسی لارسون استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان گروهی پذیرش و تعهد، طی ۸ جلسه ۲ ساعته قرار گرفت و گروه کنترل، هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. در مرحله پس آزمون، پرسشنامه‌های فوق روی هر دو گروه مجدداً اجرا شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار Spss ورژن ۲۰ استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات رضایت جنسی در پس آزمون و گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس آزمون در گروه کنترل بالاتر است. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد در افزایش رضایت جنسی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** پذیرش و تعهد، رضایت جنسی، سندرم آشیانه خالی.

## مقدمه

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه متناسب با ارزش‌های خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن، شهروندان آتی خویش را پروراند. این موضوع وقتی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیر بنایی به شهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز داشته باشد. به همین خاطر است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییری در آن حاصل نخواهد شد مگر از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها و بدکاری‌های آن، ورود به چنین نظام سازمان یافته‌ای صرفاً از طریق تولد، فرزندخواندگی یا ازدواج صورت می‌گیرد (گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>۲</sup>، ۱۳۹۵). همان طور که کی<sup>۳</sup> (۱۹۸۵) اظهار کرده است، خانواده‌ها، اعضای جدیدی به وجود می‌آورند و با آنکه سرانجام به این اعضای جدید، خودمختاری ارزانی می‌دارند، دیگر انتظار ندارند که با آنها زیر یک سقف زندگی کنند. خانواده از لحاظ ساختار عاطفی پیچیده‌ای است که ممکن است دست کم سه، یا به خاطر طول عمر بیشتر آدمیان در حال حاضر، چهار نسل را در بر بگیرد. خانواده بدون توجه به سنتی یا نو بودن، سازگاری یا ناسازگاری، و ساخت کارآمد یا آشفته‌ای که دارد، ناگزیر است خود را تا حد امکان به صورت گروهی کارآمد یا توانا در آورد به نحوی که بتواند نیازها و اهداف جمعی یا همگانی خود را برآورده سازد بدون آنکه دائماً اعضای خود را از دست یابی به اهداف و نیازهای شخصی بازداشته باشد (خالدیان و سهرابی، ۱۳۹۳). ویژگی تمام خانواده‌ها عبارت است از محبت، وفاداری، و تداوم عضویت. همین، ویژگی‌هاست که آن را از سایر نظام‌های اجتماعی متمایز می‌سازد (ترکسون<sup>۴</sup>، ۱۹۸۰). هنگامی که این ویژگی‌ها مورد چالش قرار می‌گیرند، مثل زمانی که بحران خانوادگی پیش می‌آید، معمولاً باز هم خانواده در برابر تغییر مقاومت نشان می‌دهد و برای بازگردانی الگوهای تعاملی آشنای خود به حرکات اصلاحی تمسک می‌جوید. هر خانواده، بدون توجه به شکل آن (برای مثال، خانواده هسته‌ای، خانواده ناتنی، و خانواده تک والدی) یا توفیق نهایی که نصیبش می‌شود، باید در جهت ارتقای روابط مثبت و مطلوب میان اعضای خود تلاش کند، به نیازهای شخصی آنان توجه داشته باشد، و آماده کنار آمدن با تغییرات ناشی از ریش (مثلاً، زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌گویند) و نیز بحران‌های غیرمنتظره (طلاق، مرگ، بیماری‌های حاد ناگهانی) باشد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۹۵).

یکی از این تغییرات ترک خانه توسط فرزندان است. گذار به آشیانه خالی یا دوره زمانی که فرزندان به طور ثابت خانه پدری را ترک می‌کنند، رویداد هنجاری از یک مرحله رشد است که انسانها در میانه زندگی با آن رو به رو می‌شوند. نشانگان آشیانه خالی به معنای احساس افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی است (مهدی‌یار، خیر و حسینی، ۱۳۹۳). لیور<sup>۵</sup> (۱۹۷۷) بیان می‌کند که درگیری در نشانگان آشیانه خالی بیشتر به معنای از دست دادن قدرت تسلط والدین بر اوضاع است تا از دست دادن فرزندان، بنابراین نشانگان آشیانه خالی نه فقط به معنای از دست دادن (یا خارج شدن فرزندان از خانه)، بلکه به معنای پیامدهای رنج آور ناشی از این مساله است (موان و وتینگتون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹). ترک خانه به وسیله فرزندان می‌تواند برای زن و شوهرهایی که جای خالی روابط خود را با فرزندان پر کرده بودند، وحشت آور باشد. به محض آنکه فرزندان خانه را بدرود می‌گویند زن و شوهر سعی می‌کنند به زندگی یا روابط خود معنا بدهند. در این دوره برخی ناراحتی‌ها و حتی استرس منفی تجلی می‌کنند که تحت عنوان «سندرم آشیانه خالی» یا «سندرم آشیانه

<sup>۲</sup> - Goldenberg & Goldenberg

<sup>۳</sup> Kaye

<sup>۴</sup> - Terkelson

<sup>۵</sup> - Lever

<sup>۶</sup> - Moen & Wethington

متروک<sup>۷</sup> از آنها نام می‌برند (وندز زندن<sup>۸</sup>، ۱۳۹۳). سندرم آشیانه، نوعی افسردگی است که پس از آنکه آخرین فرزند خانه را ترک کرد در زن و مرد ایجاد می‌شود. در این دوره اگر فعالیت‌های جبرانی، به خصوص از سوی مادر انجام نشود در مواردی ممکن است پدر و مادر افسرده شوند. این امر به خصوص در مواردی صدق می‌کند که نقش عمده زن در زندگی، بزرگ کردن بچه‌ها و مادری کردن بوده و یا زن و شوهر به خاطر بچه‌ها زندگی مشترک ناگوارشان را تحمل کرده‌اند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۵).

از طرفی نجار، افشاری، عابدی و حقیقی‌زاده (۱۳۹۵) در تحقیقی نشان دادند که بین سندرم آشیانه خالی با رضایت و عملکرد جنسی رابطه وجود دارد. یافته‌های محققین نشان داده‌اند که امور جنسی در رتبه اول زندگی زناشویی است و رضایت جنسی می‌تواند ازدواجی مطلوب و راحت به بار آورد (الاهوریانی، رجایی، شاکری و لهراسی، ۲۰۱۰). رضایت جنسی وضعیتی است که زوج‌ها از با هم بودن احساس خوشحالی، رضایت و عشق می‌کنند (ضیائی، جنتی، مبشری، تقوی، عبدالمهی و همکاران، ۲۰۱۴). روابط جنسی شکل دهنده بخشی از ادراکات مهم زوجین از یکدیگر است که تداوم بخش ازدواج است (معصومی، نجاتی، مرتضوی، پارسا و کرمی، ۱۳۹۵). رضایت از روابط جنسی نه تنها گرمی و شور را برای زوجین به ارمغان می‌آورد بلکه ایشان را در برابر بسیاری از اختلالات و بیماریها حفظ می‌کند و بین رضایت جنسی و رضایت از زندگی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد (رحمانی، مرقانی-خویی، صادقی و الله‌قلی، ۱۳۹۰). برمن، برمن و کنلی<sup>۹</sup> (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین رضایت جنسی و افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد. نارضایتی از رابطه‌ی جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در روابط زوجین و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، احساس عدم اعتماد به نفس و نظایر آنها منجر شود (هنرپروران، تبریزی، نوابی‌نژاد و شفیق‌آبادی، ۱۳۸۹). این مسائل توسط تنشها و اختلافات و تغییرات (مانند ترک فرزند) تقویت شده یا در قالب آنها تجلی می‌یابد و به تدریج شکاف بین همسران را عمیق‌تر می‌کند (کریستوفر و اسپرچر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰).

یکی از رویکردهایی که می‌تواند در کاهش نارضایتی زناشویی مؤثر گردد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۱</sup> است. عظیمی‌فر، فاتحی-زاده، بهرامی، احمدی و عابدی (۱۳۹۵) در تحقیقی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی مؤثر است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از سال ۱۹۹۰ وارد عرصه روانشناسی شد و از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی و شاخه‌ای از درمان‌های جدید روانشناختی است که به آنها درمان‌های پذیرش هم گفته می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی استفاده می‌کند (فورمان، هربرت، مویترا، یومانس و گلیر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). انعطاف‌پذیری روان شناختی به معنی افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، و عمل به شیوه‌ای است که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (هایس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۰). این درمان شامل ترکیبی از استعاره، مهارت‌های توجه آگاهی، طیف گسترده‌ای از تمرینهای تجربی و مداخلات رفتاری هدایت شده با توجه به ارزش‌های مراجع توسط درمانگر به کار برده می‌شود. هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر، از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی است که عبارت است از بهبود توانایی برای برقراری ارتباط با تجربیات در زمان حال و انتخاب عملی از میان گزینه‌های مختلف که

<sup>7</sup> -empty – nest syndrome

<sup>8</sup> -Zenden

<sup>9</sup> -Berman, Berman & Kanaly

<sup>10</sup> - Christopher & Sprecher

<sup>11</sup> - Acceptance and commitmen therapy

<sup>12</sup> - Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller

<sup>13</sup> - Hayes

مناسب‌تر است، نه عملی صرفاً جهت انتخاب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته (علوی‌زاده و شاکریان، ۱۳۹۵). اثرگذاری این شیوه درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی از سایر درمانهای معمول کارآمدی بیشتری دارد (وایت، گوملی، مک‌تاگارت، راتری، مک‌کونویل<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) و در اثربخشی آن در طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، ... مشخص شده است (رأس<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴).

بنابراین، اگر روابط زوجین با احساس رضایت همراه باشد تأثیر خوبی بر سلامت روان و مقابله با مشکلات آنها دارد و اگر زوجین بتواند سطح رضایت را در زندگی زناشویی خود افزایش دهند علاوه بر حفظ رابطه زوجی، می‌توانند بنیان خانواده‌شان را نیز از آسیب محفوظ دارند (عظیمی‌فر و همکاران، ۱۳۹۵) لذا با توجه به مطالب بیان شده و کمبود تحقیقات در ارتباط با این شیوه درمانی بر رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی تأثیر دارد؟

### روش

طرح پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد میان‌سالی که فرزندان‌شان با ازدواج یا کار یا تحصیل خانه را ترک کرده‌اند و به طور کلی زود رنج شده بودند، و در سال ۹۵ به مرکز درمانی سپید شهر تهران مراجع کردند و تشخیص افسردگی دریافت نمودند، تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس و گمارش تصادفی استفاده شد. از جامعه آماری فوق که تشخیص افسردگی دریافت کردند تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی، به دو گروه (۱۵ نفری) آزمایش و (۱۵ نفری) گواه تقسیم شدند، که گروه آزمایش درمان گروهی پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه گواه در لیست انتظار جهت مقایسه قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد، به گونه‌ای که شرکت کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل، پرسشنامه‌ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند.

### ابزار

**پرسشنامه رضایت جنسی:** این پرسشنامه توسط لارسون (۱۹۹۸)، این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال بود که ۱۳ سؤال منفی و ۱۲ سؤال مثبت دارد. در پاسخ هر سؤال ۵ گزینه انتخابی بر اساس طیف لیکرت (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه) گنجانده شده است. نمرات کسب شده بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار دارند که نمره کمتر از ۵۰ به معنای عدم رضایت جنسی، ۵۱-۷۵ رضایت کم، ۷۶-۱۰۰ رضایت متوسط و بیش از ۱۰۰ به رضایت جنسی زیاد اشاره دارد. در تحقیق ستارزاده، بهرامی، رنجبر، کوچکسرای و قوچا (۱۳۸۶) پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بارور ۰/۹۳ و گروه نابارور ۰/۸۹ گزارش شده است. در مطالعه بهرامی، یعقوب‌زاده، شریف‌نیا، سلیمانی و حق‌دوست (۱۳۹۵) نیز به کمک آلفای کرونباخ پایایی سؤالات مثبت رضایت جنسی ۰/۸۰ و پایایی سؤالات منفی رضایت جنسی ۰/۷۷ محاسبه شد. شاخص همبستگی درونی خوشه‌ای ۰/۸۰ به دست آمد. که نشان دهنده مناسب بودن کل ابزار است.

**روش اجرا:** در این پژوهش دو گروه از آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب می‌شوند، گروه آزمایش قبل از اجرای متغیر مستقل با پیش‌آزمون اندازه‌گیری می‌شود، بعد از اینکه این گروه در معرض متغیر مستقل قرار گرفت، با پس‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار

<sup>14</sup> - White, Gumley, McTaggart, Rattrie & McConville

<sup>15</sup> - Russ

می‌گیرد ولی گروه کنترل برای یک بار بعد از اجرای متغیر مستقل گروه آزمایش به طور همزمان از آنان پس آزمون گرفته می‌شود البته ناگفته نماند که آزمودنی‌ها در مرحله پیش از درمان (خط پایه)، جلسه اول و آخر درمان (جلسه هشتم) پرسشنامه رضایت جنسی را تکمیل کردند. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و بعد از ۱ ماه، مرحله پیگیری اجرا شد. در نهایت کل برنامه درمانی از یک پیش جلسه، ۸ جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری تشکیل شد. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، نسخه‌ی بسط یافته از طرح درمان پذیرش و تعهد می‌باشد که از لحاظ علمی و عملی، توسط بورد مشاورین علمی مورد تأیید قرار گرفته است (هایس<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۳). طرح درمانی جلسات به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱) خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	خلاصه‌ی محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری‌ام اس در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده؛ سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
جلسه سوم	شناسایی ارزشهای افراد؛ تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه چهارم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش.
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن.
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش  $90/8 \pm 72/49$  و در گروه کنترل  $30/7 \pm 23/49$  سال می‌باشد. میانگین تحصیلات در گروه آزمایش  $92/0 \pm 52/7$  و گروه کنترل  $30/1 \pm 37/8$  بود. سطح تحصیلات فوق دیپلم و خانه‌دار بودن در هر دو گروه بیشترین فراوانی را داشته، همچنین نتایج نشان داد که از نظر وضعیت اقتصادی، در گروه آزمایش؛ ۲۰٪ ضعیف، ۷۶٪ متوسط و ۱۳٪ خوب و در گروه کنترل به ترتیب؛ ۷٪ ضعیف، ۶۲٪ متوسط و ۱۱٪ خوب بودند که حاکی از همتابودن دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس جنسیت و سایر متغیرهای مورد پژوهش می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشد:

جدول (۲) پیش آزمون و پس آزمون - میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون رضایت جنسی

	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت جنسی	۳/۸۷	۱/۳۶	۴/۸	۰/۸۶
شاهد	۳/۲۳	۱/۶۸	۳/۴	۱/۵

برای اجرای آزمون‌های پارامتریک ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیر پژوهش با استفاده از آزمون گلوموگروف - اسمیرنوف<sup>۱۷</sup> محاسبه گردید. سطوح معنی داری به دست آمده در متغیر بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. لذا پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلا مانع می‌باشد.

جدول (۳) نرمال-آزمون گلوموگروف - اسمیرنوف

	مقدار آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون رضایت جنسی	۰/۰۷۱	۳۰	۰/۱۸
پس آزمون رضایت جنسی	۰/۰۲۴	۳۰	۰/۲۶

<sup>16</sup> - Hayes

<sup>17</sup> Kolmogorov-Smirnov

قبل از اجرای تجزیه و تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های آن بررسی شده است. ابتدا پیش شرط تساوی واریانسها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. همانطور که نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد در تمام متغیرها، پیش شرط تساوی واریانسها برقرار است ( $P > 0.05$ ).

جدول (۴) تساوی واریانسها - آماره لوین برای آزمون تساوی واریانسها

مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۰/۷۵	۱	۲۸	۰/۳۹

در ادامه پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون بررسی شد. بدین منظور از آزمون اثرات تعاملی متغیر گروه با پیش آزمون (گروه \* پیش آزمون) استفاده شد. مقدار F محاسبه شده برای اثر مذکور در تمام موارد معنی دار نیست، لذا شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (عامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنی دار نیست) و استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع است.

جدول (۵) آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی داری
رضایت جنسی	۰/۴۳	۱	۰/۴۳	۰/۳۹	۰/۸۴

نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون رضایت جنسی اثر اصلی درمان ACT بر رضایت جنسی معنی دار است و تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات رضایت جنسی شرکت کنندگان (آزمایش - کنترل) برحسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی دار می‌باشد ( $P < 0.01$ ). میزان تأثیر این مداخله ۰/۳۶ بوده است.

جدول (۶) شاخص متغیر تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر جنسی در مرحله پس آزمون بین گروه آزمایش و شاهد

شاخص متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	مقدار f	معنی داری	میزان تأثیر (تا)
پیش آزمون	۲۷/۸۹	۱	۲۷/۸۹	۵۳/۳۷	۰/۰۱	۰/۶۶
عضویت گروهی	۸/۰۱	۱	۸/۰۱	۱۵/۳۴	۰/۰۱	۰/۳۶
خطا	۱۴/۱	۲۷	۰/۵۲			
کل	۵۶۱	۳۰				

نتیجه: فرضیه صفر رد و فرضیه آزمایش تأیید می‌شود یعنی بین رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی که تحت درمان با ACT بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد؛ و پس از درمان ACT در گروه آزمایش میانگین نمره رضایت جنسی افراد، با در نظر داشتن تأثیر پیش آزمون و نسبت به گروه شاهد، افزایش یافته است.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر رضایت جنسی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی در رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی مؤثر می‌باشد. بین رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی که تحت درمان با ACT بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش همسو با نتایج نجار و همکاران (۱۳۹۵)؛ عظیمی فر و همکاران (۱۳۹۵)؛ امان‌الهی (۱۳۹۳) است. همچنین پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۹) نشان دادند که

<sup>18</sup> - Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سازگاری زوجین پریشان می‌گردد که همخوان با نتایج این پژوهش است. بورپی و لانگر<sup>۱۹</sup> (۲۰۰۵) نیز اثربخشی این شیوه درمانی را بر رضایت زناشویی تأیید کردند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار (ACT) خوانده می‌شود یک رفتار درمانی موج سوم است زیر بنای فلسفی این رویکرد بافتارگرایی کارکردی<sup>۲۰</sup> است. یک برداشت تحلیل رفتاری از شناخت که نظریه رابطه‌ای زبان، رفتار قاعده‌مند (مبتنی بر قاعده) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بنیاد آن استوار است. که آشکارا این رویکرد (تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها) را می‌پذیرد. ACT ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش<sup>۲۱</sup>، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (هایس، لئوما، باند، ماسودا و لیثس<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۶).

افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی، به میزان ناسالمی روی افکارشان متمرکزند و برای تغییر شکل یا فراوانی افکار نادرست، در دامنه‌ای از رفتارهای فرار و اجتناب وارد می‌شوند. یکی از فرایندهای کلیدی ACT در ارتباط با این موارد، گسلش شناختی است که عبارت است از تنظیم زمینه‌های کلامی، به طوری که اعتقادپذیری به افکار فرد کاهش یابد و گرایش به پاسخ دادن به آن‌ها نیز کم شود در حالی که کاهش فراوانی یا تغییر شکلشان لازم نیست. مداخلات ACT افزایش معنی‌داری در تمایل به مشارکت در فعالیت‌های دشوار در عین تجربه هیجان‌دشوار را نشان داده‌اند (ماسودا، هایس، ساکیت و توهیگ<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۴). فرایندهای مرکزی ACT به افراد می‌آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند فرد هیجان‌دشوار را بیشتر تحمل کند (توهیگ، ۲۰۰۹). بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال افسردگی مثلاً اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل، مشکلات خلقی، مناسب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشند (لیوات، براون، ارسیلو و بارلو<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۴).

در واقع درمان پذیرش و تعهد منجر به ایجاد توافق میان زوجین و آموزش شیوه‌های سازگار شدن با جنبه‌های غیرقابل تحمل زندگی زناشویی به جای تلاش برای مدیریت تعارضات و عوامل تعارض‌برانگیز می‌گردد. از طرف دیگر این رویکرد بر کشف ارزشهای زوجین و چگونگی ایجاد یک زندگی پرمعنا برای خود و همسر از طریق ایجاد ارزشهای شخصی تأکید دارد و اینگونه زوجین تمام تجربه‌های زندگی خود را مورد توجه قرار می‌دهند تا روشهایی را برای زندگی کردن به شیوه کارآمد و تحمل دوری فرزندان بیابند. درمان پذیرش و تعهد با درمان اجتناب‌هیجانی، بهبود عکس‌العملها، شناسایی ارزشها و ایجاد تعهد نسبت به تغییرات رفتاری می‌تواند به زوجین کمک کند که روابط خود را بهبود بخشند و با بکارگیری مهارت‌های یادگرفته شده در جلسات درمان زوجین می‌توانند احساسات ناخوشایند خود را تعدیل کرده و به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات نامطلوب، آن‌ها را تجربه کنند و این گونه نه تنها احساسات و افکار خود را تجربه می‌کنند بلکه به همسر خود نیز این امکان را می‌دهند که چنین تجربه‌ای را داشته باشند. و با بکارگیری مهارت گسلش با تجربه‌های درونی و افکار و احساسات ناخوشایندی که دارند، ارتباط برقرار کنند و برای اجتناب از آنها درگیر الگوهای ارتباطی و رفتاری منفی نشوند و اینگونه از ایجاد احساسات منفی مضاعف نیز جلوگیری کنند (عظیمی‌فر و همکاران، ۱۳۹۵).

19 - Burpee, & langer

20 -functional contextualism

21 -diffusion

22 - Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis

23 - Masuda, Hayes, Sackett & Twohig

24 - Levitt, Brown, Orsillo & Barlow

«پذیرش» یک حالت طراحی شده و جرات آمیز از طرف مراجع است و به او کمک می‌کند تا به طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربه‌های روانشناختی خود (بد، خوب و زشت) را همانگونه که هست، تجربه نماید. هدف ما خلق یک انسان کارآمد است که صمیمانه بدون اضطراب با دنیای تجربی خود در تماس باشد. «پذیرش» یعنی تجربه‌ی حس‌ها، عواطف و افکار، بدون هیچگونه تلاشی برای تغییر آن‌ها. «پذیرش» خصوصاً هنگامی ضرورت می‌یابد که تجربه قابل تغییر نیست و نباید تغییر کند. این حالت متناقض به مراجع اجازه می‌دهد آن چیزی باشد که هست و آنجایی باشد که حضور دارد و تمایل به تغییر افکار و احساسات خود را کاهش دهد (ایفرت و فوریسث<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۵). وقتی لباس نگرانی در مورد آینده، مبتلایان به سندرم آشیانه خالی مربوط به محتوای هیجانی و شناختی نامطلوب و پریشانی درباره‌ی حالت بدنی ناخواسته را از تن مراجع در آوریم، آنچه باقی می‌ماند، انسانی است با یک زندگی ناکارآمد. عمده‌ترین هدف درمان «پذیرش» و «تعهد»، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مثبتی بر خواسته‌های آن‌ها از یک زندگی مطلوب است. تمام تلاش روان‌درمانگر در رشد و پرورش «زندگی مثبتی بر ارزش، پذیرش و تعهد» آن است که به مراجعان کمک شود تا شیوه‌ی زندگی کردن مطلوب خویش را پیدا کنند و صرفاً به انجام آن شیوه بپردازند. بنابراین تلاش‌های درمانی، معطوف به رفتارهایی خواهد بود که در راستای ارزش‌های انتخاب شده توسط مراجع باشد. در واقع مداخلات پذیرش و تعهد، پاسخ‌های صمیمانه و تبادل احساسات مثبت را در میان زوجین افزایش داده و منجر به افزایش رضایت جنسی و کاهش پیامدهای ترک فرزندان می‌گردد. که مطابق با نتایج این پژوهش است.

از مهم‌ترین محدودیت این پژوهش، می‌توان به عدم امکان استفاده از چند درمانگر در تسریع و بهینه کردن اطلاعات و داده‌ها اشاره کرد. و محدودیت بعدی نبود منابع فارسی زیاد و عدم استفاده از این درمان بر روی رضایت جنسی خصوصاً در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی، در کشور بود. لذا با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری، پژوهش بر روی گروه‌های دیگر از لحاظ طبقات فرهنگی، اجتماعی و جنسی انجام شود و پیشنهاد اصلی این پژوهش این است که در جلسات درمان صرف نظر از دیدگاه نظری یا سبک مشاوره‌ای و درمانی اتخاذ شده، به منظور بهینه‌سازی درمان این اختلال، طرحی برای افزایش «پذیرش» مراجعان، مدنظر قرار گیرد.

### تضاد منافع

با توجه به اینکه این پژوهش تحت حمایت مالی سازمان و یانهاد خاصی نبوده و همچنین ترتیب نویسندگان با رضایت طرفین نوشته شده است و همچنین یافته‌های این پژوهش دقیق و شفاف ارائه شده است، بنابراین تضاد منافع ندارد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ازمودنی‌های این پژوهش به دلیل مشارکت فعال در طول پژوهش که کمال همکاری را داشتند، کمال تشکر داریم.

### منابع

- Alahveriani, K., Rajaie, H., Shakeri, Z., Lohrasbi, A. (2010). Studying the relationship between sexual disorder and marriage satisfaction in those suffering from depression. *Procedia Soc Behav Sci*, 5(0): 1672-5.
- Alavizadeh, Frank and Shakirian, Atta (2016). Adherence-based treatment and commitment to reducing symptoms of stress, anxiety and depression in women with experience of exaggerated relationships (emotional, sexual). *Journal of Nursing*, 4 (6), 8-13.



- Bahrami, Nasim, Ya'qub Zazadeh, Amen, Sharif Nia, Hamid, Soleimani, Mohammad Ali and Haghdoost, Ali Akbar (2016). The validity and reliability of the Persian version of the Larsson Sexual Satisfaction Questionnaire in Couples. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 23 (3), 356-344.
- Berman, J.B., Berman, L.A., Kanaly, K.A. (2003). Female sexual dysfunction: New perspectives on Anatomy, physiology, evaluation & treatment. *EAU Update series*, 1:166-77
- Burpee, L.C., & Langer, E.J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of adult development*, 12(1), 243-267.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1988). *Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy*. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds), *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed). New York: Allyn and Bacon.
- Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships. *Journal of Marriage and Family*, 62, 999-1017.
- Coleman, S. (1985). *Failures in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. Oakland, CA.: New Harbinger.
- Forman, E. M., & Herbert, D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 263-26
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D., Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*, 31(6):772-99.
- Goldenberg, Irene; Goldenberg, Herbert. (2016). *Family therapy*. Translation: Hamid Reza Hossein Shahi Brooti, Siamak Nashebandi, Elham Arjomand. Tehran: Ravan publishing house.
- Gorchoff, S., John, O.P., & Helson, R. (2008). Contextualizing change in marital satisfaction during middle age: An 18-year longitudinal study. *Psychological Science*, 19(11), 1194-1200.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M.d. New York: W. W. Norton.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180-98. DOI: 10.1016/j.
- Hayes, S.C. (2010). *Practical Guide to Acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Honarvaran, Nazanin; Tabrizi, Mostafa, Navobinejad, Shokouh and Shafiabadi, Abdollah. (2011). The Effectiveness of Excitement Orientation Training on Couple Sexual Satisfaction. *Thought and Behavior*, 14 (15), 59-70.
- Izadi, Razieh. Abedi, Mohammad Reza (2012). *Treatment based on admission and commitment*. Tehran: Forest Publishing.
- Kaye, K. (1985). *Toward a developmental psychology of the family*. In L. Labate (Ed.), *The handbook of family psychology and therapy* (Vol. 1). Homewood, IL: Dorsey Prees.
- Khaledian, Mohammad Sohrabi Faramarz. (2014). The Effectiveness of Group-Based Meaningful Therapy on Decreased Depression and Hope Growth in Elderly with Nasal Syndrome. *Clinical Psychology Studies*, Vol. 4, No. 15, p. 79-104
- Lever, H.Z. (1977). *Women as widows: Support systems*. New York: Elsevier.

- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M., Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behav Ther*, 35(4): 747-766.
- Mahdi Yar, Fatemeh, Khayyar, Mohammad and Hosseini, Maryam. (2014). Comparison of nursing syndrome in parents before and after the home by the children. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 15 (4), 29-17.
- Masoumi, Zahra, Nejati, Behnaz, Mortazavi, Azra, Parsa, Parisa and Karami, Manouchehr. (2016). The effect of sexual counseling on marital satisfaction in pregnant women: a clinical trial study. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty, Hamadan*, 24 (4), 256-292.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F. & Twohig, M.P. (2004). Cognitive diffusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a 90-year-old technique. *Behav Res Ther*, 42(4): 477-485.
- Moen, P., & Wethington, E. (1999). *Midlife development in a life course context*. In S.L. Willis & J.D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 3-24). San Diego: Academic Press.
- Najjar, Shahnaz; Afshari, Pourandokht, Abedi, Parvin and Haghghi Zadeh, Mohammad Hussein. (2016). Investigating the relationship between vacancy nest syndrome and sexual satisfaction and sexual function among middle-aged women. *Jundishapur University of Medical Sciences Ahvaz*.
- Onder Jenne, James. (2014). *Growth Psychology*. Translation by Hamza Ganji. Tehran: Savalan Publishing.
- Palmer, A. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy*. Translation by Nasser Yousefi, Masoud Rostami and Bijan Houshangi. Abadan: Publishing the question.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study with Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practices*, 16, 430-442.
- Rahmani, Azam; Marqati Khoi, Chafe; Sadeghi, Narjes and Allah Gholy, Leila (2011). Relationship of sexual satisfaction and satisfaction with marital life. *Iranian Journal of Nursing*, 70, 82-90.
- Russ, H. (2014). *An Interview with Dr. Russ Harris Concerning Acceptance and Commitment Therapy*. Tehran: Psychology Services and Life Consultation Website.
- Saduk, Benjamin James; Sadook, Virginia. (2016). *Psychiatric Summary, Behavioral Sciences - Clinical Psychiatry*. Translation by Farzin Rezaee. Tehran: Arjmand Publications.
- Sattarzadeh, Niloufar; Bahrami, Nasim; Ranjir Kuchaksarai, Fatemeh and Qouchazadeh, Morteza. (2008). Comparison of sexual satisfaction and depression among fertile and infertile couples referring to Tabriz Al-Zahra Educational Center. *Journal of Research in Lorestan University of Sciences*, 9 (2).
- Terkelson, K. G. (1980). *Toward a theory of the family life cycle*. In E. A. New York: Gardner.
- Twohig, M.P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Pract*, 16(1): 18-28.
- White, R.G., Gumley, A.I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., et al. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3):203-9.
- Ziaee, T., Jannati, Y., Mobasheri, E., Taghavi, T., Abdollahi, H., Modanloo, M., & Behnampour, N. (2014). The Relationship between Marital and Sexual Satisfaction among Married Women Employees at Golestan University of Medical Sciences, Iran. *Iran J Psychiatry Behav*, 8(2), 44-51.