

## The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function in Postmenopausal Women

Rostamkhani F<sup>1</sup>, Ghamari M\*<sup>1</sup>, Babakhani V<sup>1</sup>, Merghati Khoei E.S<sup>2</sup>

1. Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

2. Iranian National Center of Addiction Studies, Institution of Risk Behaviors Reduction, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +982632548061, E-mail: ghamari.m@abhariau.ac.ir

Received: Jun 30, 2020

Accepted: Sep 8, 2020

### ABSTRACT

**Background & aim:** Sexual function is an important part of the life of postmenopausal women and its changes, especially in menopause, can affect their health. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function in postmenopausal women.

**Methods:** This research was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and follow-up design with control group. The statistical population of the study included all postmenopausal women who referred to Zanjan Health Center in 2020 to receive services. First, 50 available postmenopausal women completed the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire, which included 19 questions of 5-choice. Among them, 30 women (sample size was selected based on the minimum sample size in the experimental studies), which were at an unfavorable level according to the cut-off point criteria, were selected and randomly divided into two groups of 15 women including intervention and control groups. The intervention was performed based on acceptance and commitment therapy in 8 sessions of 2 hours and post-test was performed immediately after the end of treatment and follow-up three months later in both groups. Data were analyzed using independent t-test and analysis of variance with repeated measures in SPSS-24 software.

**Results:** The mean scores of sexual functions in the intervention group were 21.66 in pre-test, 26.29 in post-test and 27.11 in follow-up, which their difference was considered statistically significant ( $p < 0.05$  and  $F = 19.452$ ). The mean score of sexual function in control group was 22.31 in pre-test, 23.28 in post-test and 22.70 in follow-up, which were not statistically significant. The mean scores of sexual functions were also changed significantly between the intervention and control groups ( $p < 0.05$  and  $F = 12.115$ ). This means that treatment based on acceptance and commitment had a significant effect on sexual function in postmenopausal women. Also, except for domains of lubrication and orgasm, it had a significant effect on other domains of sexual function ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Acceptance and commitment therapy has improved sexual function in postmenopausal women.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Sexual Function, Postmenopausal Women

# بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان یائسه

فاطمه رستمخانی<sup>۱</sup>، محمد قمری<sup>۱\*</sup>، وحیده باباخانی<sup>۱</sup>، عفت السادات مرقاتی خویی<sup>۲</sup>

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران

۲. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، موسسه کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۶۳۲۵۴۸۰۶۱ ایمیل: ghamari.m@abhariau.ac.ir

## چکیده

**زمینه و هدف:** عملکرد جنسی جزء مهمی از زندگی زنان یائسه است و تغییر در آن به خصوص در یائسگی، می‌تواند بر سلامت ایشان تأثیر گذار باشد. پژوهش حاضر با هدف تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی در زنان یائسه انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان یائسه ای بود که جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زنجان در سال ۱۳۹۸ مراجعه می‌نمودند. ابتدا ۵۰ زن یائسه به صورت در دسترس، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) شامل ۱۹ سوال ۵ گزینه ای را تکمیل کردند و از بین آنها ۳۰ نفر (حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد) که طبق معیار نقطه برش در سطح نامطلوبی قرار داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. مداخله بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۲ ساعته اجرا و پس آزمون بلافاصله بعد از پایان درمان، و پیگیری سه ماه بعد در هر دو گروه اجرا گردید. داده ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS-24 تحلیل گردید.

**یافته ها:** میانگین نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله در پیش آزمون ۲۱/۶۶، پس آزمون ۲۶/۲۹ و پیگیری ۲۷/۱۱ بود که از نظر آماری این اختلاف معنادار بود ( $F=19/452$  و  $p<0/05$ ). میانگین نمره عملکرد جنسی در گروه کنترل در پیش آزمون ۲۲/۳۱، پس آزمون ۲۳/۲۸ و پیگیری ۲۲/۷۰ بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. میانگین نمرات عملکرد جنسی در بین گروه های مداخله و کنترل نیز تغییر معناداری داشت ( $F=12/115$  و  $p<0/05$ ), یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان یائسه تأثیر معناداری دارد. همچنین به غیر از حیطه های لغزندگی و ارگاسم در سایر حیطه های عملکرد جنسی تأثیر معناداری داشت ( $p<0/05$ ).

**نتیجه گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود عملکرد جنسی در زنان یائسه شد.

**واژه های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد جنسی، زنان یائسه

دریافت: ۹۹/۰۴/۱۰ پذیرش: ۹۹/۰۶/۱۸

## مقدمه

یائسگی، پدیده‌ای فیزیولوژیک است که به دلیل کاهش عملکرد تخمدان‌ها رخ می‌دهد و ویژگی اصلی آن پایان باروری و قطع قاعدگی است (۱). علائم و مشکلات همراه با یائسگی عبارتند از: گر گرفتگی

(احساس گرما، برافروختگی و تعریق سر، گردن و قفسه سینه)، تپش قلب، تعریق شبانه، سردرد، خستگی، اختلالات خواب، خلق افسرده، تحریک پذیری، خشکی واژن، کاهش میل جنسی و عفونت‌های دستگاه ادراری، نازک شدن پوست، شکنندگی زخم‌ها و ریزش موها.

کشورهای مختلف ذکر شده است (۷). وضعیت اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه در تربت حیدریه ۷۲/۵ درصد و در بین ۶ حیطة عملکرد جنسی، بیشترین فراوانی اختلال در حیطة لغزندگی (۹۳/۵) و کمترین میزان اختلال در حیطة رضایت (۷۲/۵) گزارش شده بود (۸).

برای بهبود عملکرد جنسی روش‌های مختلفی وجود دارد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۶</sup> (ACT) که یکی از رویکردهای موج سوم رفتار درمانی، هیس<sup>۷</sup> (۹)، بر این فرض است که انسان‌ها به خاطر پیشینه‌ای که دارند افکار و احساسات مختلفی را تجربه می‌کنند. وجود این افکار و احساسات به خودی خود آسیب‌زا نیست. در حقیقت این رویکرد وجود افکار، باورها و احساسات منفی و آزاردهنده جنسی را مانع عملکرد جنسی سالم و در نتیجه رضایت جنسی نمی‌داند. آنچه عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد نوع رابطه‌ای است که فرد با این افکار و احساسات برقرار می‌کند (۱۰). به‌عنوان بخشی از درمان ACT، بیمار آموزش می‌بیند تا افکار (مانند فکر خودکشی) و هیجانات (مثل غم و درد) را به عنوان وقایع پویایی مشاهده کند که به خودی خود مشکل ساز نیست، بلکه این پاسخ (مثل اجتناب یا فرار) به این وقایع است که می‌توانند منجر به مشکلات زندگی شود (۱۱). نتایج مطالعه حسن زاده و همکاران (۱۲) نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان نابارور تاثیرگذار است. نتایج مطالعه دیگر توسط طباطبایی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی موثر بود (۱۳). همچنین نتایج مطالعه بورپی<sup>۸</sup> و همکاران (۱۴) نشان داد که ارتباط قوی و معنی‌داری بین این مداخلات و رضایت زناشویی وجود دارد. نتایج مطالعه عظیمی‌فر

همچنین تغییرات روانی-جنسی در ارتباط با خودانگاره، میل جنسی، کاهش باروری و علامت آشیانه خالی<sup>۱</sup> رخ می‌دهند. این دوران به دلیل ایجاد تغییرات جسمی و روانی، مرحله پیچیده‌ای از زندگی زنان محسوب می‌شود. با وجود این علائم اتیولوژی پیچیده‌ای دارند و ممکن است به جای اینکه از مقادیر کم استروژن ناشی شوند، با افزایش سن و تغییرات ارتباطی مرتبط باشند (۲).

تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوی بشر بوده و تاثیر غیرقابل انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد (۳). رابطه جنسی یکی از مهمترین عوامل موثر بر خوشبختی زندگی زناشویی است که اگر قانع‌کننده نباشد، منجر به احساس شکست، ناکامی و عدم احساس امنیت می‌شود (۴). عملکرد جنسی شامل واکنش‌های فیزیولوژیکی است که فرد بدنبال تحریک جنسی نشان می‌دهد که به آن پاسخ جنسی گفته می‌شود، این پاسخ‌ها بر چهار مرحله میل جنسی<sup>۲</sup>، انگیزش<sup>۳</sup>، ارگاسم<sup>۴</sup> و فرونشینی<sup>۵</sup> است (۵). عملکرد جنسی می‌تواند نقش مهمی را در زندگی زنان ایفا نماید. در قرن آینده تنها گروه سنی که انتظار رشد قابل توجهی از آن وجود دارد، افراد بالای ۵۵ سال هستند. در این گروه سنی تعداد زنان به نسبت ۲/۶ به ۱ بیش از مردان خواهند بود. همچنین طبق آمار پیش‌بینی‌شده از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، در ایران تا سال ۱۴۰۰، حدود ۵ میلیون نفر زن در سن یائسگی زندگی خواهند کرد (۵،۶). یکی از نگرانی‌های بهداشتی اصلی در اکثر زنان یائسه، مشکلات جنسی می‌باشد (۱). شیوع مشکلات عملکرد جنسی در میان کلیه زنان بین ۲۵ تا ۶۳ درصد برآورد شده است. این شیوع در زنان بعد از یائسگی از این هم بالاتر و به میزان ۶۸ تا ۸۶/۵ درصد در

<sup>1</sup> Empty Nest Symptom

<sup>2</sup> Desire

<sup>3</sup> Excitement

<sup>4</sup> Orgasm

<sup>5</sup> Resolution

<sup>6</sup> Acceptance and Commitment Therapy

<sup>7</sup> Hayes

<sup>8</sup> Burpee

و همکاران (۱۵) نشان داد که مداخلات زوج درمانی شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شادی زناشویی و بهبود کیفیت رابطه زوجین ناراضی شده و میان تأثیر این دو رویکرد بر افزایش شادی زناشویی تفاوت معناداری وجود ندارد. اکبری ترکستانی و همکاران (۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که اختلاف معناداری بین تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زوجین نسبت به روش مرسوم مشاوره قبل از ازدواج وجود نداشت. از طرفی نتایج مطالعه قاسمی و همکاران (۱۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس موثرتر از درمان شناختی رفتاری عمل می‌کند. همانگونه که اکثر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر عملکرد جنسی تأثیر دارد. در کشور ما پژوهش‌هایی که به طور خاص اثربخشی این رویکرد را بر عملکرد جنسی زنان یائسه مورد بررسی قرار داده باشد انجام نشده است. بر این اساس، در راستای بهبودی عملکرد جنسی زنان یائسه، پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی در زنان یائسه را مورد بررسی قرار داد.

### روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری (سه ماه بعد) با گروه کنترل بود که در مراکز بهداشتی شماره ۹، ۱۴ و ۱۷ در سال ۹۹-۱۳۹۸ اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل زنان یائسه بود که طی ۵ سال گذشته یائسه شده و دارای عملکرد جنسی نامطلوب بودند و جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی- درمانی مذکور در شهر زنجان مراجعه می‌نمودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: متاهل و در حال زندگی با همسر بودن، سپری شدن حداقل ۱ و

حداکثر ۵ سال از قطع قاعدگی، داشتن حداقل سواد متوسطه، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی پیرامون یائسگی با محوریت آموزش جنسی، عدم ابتلای همسران به انزال زودرس یا ناتوانی جنسی بر اساس گفته شرکت‌کنندگان، داشتن عملکرد جنسی نامطلوب (کسب نمره کمتر از ۲۸ از پرسشنامه FSFI)<sup>۱</sup>، عدم چندهمسره بودن شوهر، بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل زن به ادامه همکاری، پیدایش بیماری‌ها (نظیر انزال زودرس، بیماری‌های قلبی و عروقی، روانی، تیروئید و سرطان‌ها) در زنان یا همسرشان که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند، شروع مصرف داروهایی که به نحوی بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، وقوع اعتیاد، تجربه استرس‌هایی نظیر خیانت همسر، مرگ، بیماری وخیم و محکومیت به زندان اطرافیان نزدیک در طول مطالعه بود. ابتدا پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) توسط ۵۰ نفر از زنان یائسه به صورت در دسترس، تکمیل گردید و سپس زنانی که نمره کمتر از ۲۸ در پرسشنامه داشتند، به تعداد ۳۰ نفر واجد شرایط انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از نرم افزار انتصاب تصادفی برای کارآزمایی بالینی، در دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. در روش نیمه تجربی حداقل هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفته شود (۱۸). گروه‌های مداخله و کنترل همه ۱۵ نمونه انتخاب شده، تا پایان پژوهش شرکت داشتند.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه FSFI (شاخص عملکرد جنسی زنان) استفاده شد. پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) توسط روزن<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹) ساخته شده است که شامل ۱۹ سوال ۵ گزینه‌ای است، که اعتبار و پایایی آن در پژوهش‌های متعدد خارجی و داخلی تعیین و تایید گردیده است و پایایی این ابزار از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۰

<sup>۱</sup> Female Sexual Function Index

<sup>۲</sup> Rosen

بدست آمد (۲۲-۲۰). نمره هر فرد در این شاخص در شش بعد میل جنسی، تحریک جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم، رضایت و درد با جمع‌زدن نمرات سوالات مربوط به آن بخش و ضرب کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر بخش محاسبه می‌گردد. نمره کل فرد از حاصل جمع نمرات ۶ بخشی بدست می‌آید که نمره حداکثر ۳۶ بوده و نمره کمتر از ۲۸ عملکرد نامطلوب محسوب می‌شود. (۲۰، ۲۳).

پژوهشگر پس از تصویب طرح پژوهشی در کمیته اخلاق در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان و گذراندن کارگاه آموزشی ACT توسط متخصص روانشناسی بالینی و کارگاه سکس تراپی توسط متخصص سکسولوژی و تایید کسب مهارت در زمینه اجرای این مدل و دریافت گواهی، با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی زنجان به مراکز بهداشتی و درمانی زنجان مراجعه و ۳۰ نفر واجد شرایط را وارد مطالعه نمود. سپس با ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف و اجرا، از نمونه‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ کرده و آنها را به صورت تصادفی با استفاده از نرم افزار انتصاب تصادفی برای کار آزمایی بالینی به دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل تقسیم نمود. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط زنان، جهت یادآوری مراجعات بعدی آنها به مرکز از آنها شماره تلفن مطمئنی گرفته شد. در فرایند اجرای پژوهش گروه کنترل، مشاوره روتین توسط مامای درمانگاه را دریافت نمودند و گروه مداخله بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۲ ساعته اجرا و پس از آزمون بلافاصله بعد از پایان درمان و پیگیری سه ماه بعد در هر دو گروه اجرا گردید.

جلسات درمانی ACT (طبق پروتکل کاپلان، ۱۹۷۴ و هریس، ۲۰۱۱) انجام گرفت (۲۵، ۲۴).

**جلسه اول:** معارفه و برقراری رابطه درمانی، توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت رابطه

جنسی، ارائه توضیح مختصر در زمینه روند و منطق درمان، توضیح در مورد یائسگی و مشکلات همراه آن **جلسه دوم:** بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیرمنطقی، بررسی و توضیح پیامدهای رفتاری و هیجانی پایبندی به باورهای جنسی ناکارآمد، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، آموزش تمرین‌های کگل، آشنایی بیمار با آناتومی جنسی، کارکرد اعضای تناسلی، فیزیولوژی و رفتار جنسی به‌منظور افزایش آگاهی جنسی بیمار.

**جلسه سوم:** تجارب خاص (خاطرات درونی دردناک) و تاکید بر دخالت این عوامل در بروز و تداوم بیماری، آشنایی بیمار با اختلالات عملکرد جنسی، توضیح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

**جلسه چهارم:** درماندگی خلاق و استعاره‌های مربوطه، کنترل به عنوان مسئله یا مشکل، آشنایی شرکت‌کنندگان با پذیرش و اجتناب تجربه‌ای.

**جلسه پنجم:** آشنایی شرکت‌کنندگان با گسلش شناختی و چسبندگی به افکار ناکارآمد و تاثیر آن بر عملکرد جنسی، آشنایی شرکت‌کنندگان با من بعنوان زمینه و من بعنوان محتوی.

**جلسه ششم:** آشنایی شرکت‌کنندگان با ارزش‌ها به‌ویژه در حیطه ارتباط با همسر و زناشویی، آشنایی شرکت‌کنندگان با عمل متعهدانه و عمل منفعلانه یا تکانشی.

**جلسه هفتم:** آشنایی شرکت‌کنندگان با تکنیک ذهن‌آگاهی و بودن در زمان حال، آموزش مهارت ارتباطی (همچون گوش دادن فعال و درک همدلانه)، آموزش مهارت حل مسئله و رفتار جرأت‌مندانه.

**جلسه هشتم:** آموزش خطاهای شناختی، دادن پمفلت آموزشی به افراد شرکت‌کننده، ارزیابی میزان به‌کارگیری و اثربخشی تکنیک‌های آموزشی، ارزیابی دستیابی به نتایج رضایت‌بخش، دادن بازخورد و رفع ایرادات موجود، جمع‌بندی کلی نکات مورد ارائه در طی جلسات درمانی و پس از آزمون.

عملکرد جنسی در گروه مداخله و گروه کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معناداری نداشت. جدول ۱، میانگین متغیر عملکرد جنسی و حیطه‌های آن را به تفکیک دو گروه کنترل و گروه مداخله در سه مرحله جمع‌آوری داده یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه داده است. همانطور که مندرجات جدول نشان می‌دهد در گروه مداخله، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در عملکرد جنسی، تغییرات قابل توجهی مشاهده می‌شود ولی در گروه کنترل چنین تغییراتی دیده نمی‌شود.

با توجه به جدول ۲، مقدار  $p$  در درون گروه‌ها کمتر از  $0/05$  و آزمون معنادار است، یعنی میانگین نمره عملکرد جنسی در طی زمان در درون گروه‌های کنترل و ACT تغییر معناداری دارد. همچنین با توجه به مقدار  $p$  بین گروه‌ها کمتر از  $0/05$  و آزمون معنادار است یا می‌توان گفت میانگین نمرات عملکرد جنسی در بین گروه‌های ACT و کنترل نیز تغییر معناداری داشته است، یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان یائسه تأثیر معناداری دارد ( $F=12/115$  و  $p<0/05$ ) (نمودار ۱).

با توجه به جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در مقایسه گروه کنترل با گروه مداخله‌ای ACT، در تمام حیطه‌های عملکرد جنسی درون گروه‌ها به جز حیطه رضایت، تفاوت معنی‌داری ( $p<0/05$ ) وجود دارد. یعنی می‌توان گفت میانگین نمرات حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی به جز میزان رضایت، در طی زمان در درون گروه‌ها تغییر معناداری دارد. همچنین در همه حیطه‌های عملکرد جنسی بین گروه‌ها به جز حیطه خیس و نرم شدن واژن و ارگاسم، تفاوت معنی‌داری ( $p<0/05$ ) وجود دارد. پس میانگین نمرات حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی به جز دو حیطه مذکور، در طی زمان بین گروه‌ها نیز تغییر معناداری داشته است.

در ضمن دو جلسه اول شامل آموزش روابط جنسی و مسائل مربوطه بود (آناتومی دستگاه تولید مثل و فیزیولوژی جنسی، مهارت‌های ارتباطی) و ۶ جلسه بعدی به مشاوره ACT در خصوص مسائل جنسی و احساسات و افکار ناخوشایند زیادی که زنان یائسه نسبت به تغییرات یائسگی داشتند و ارزش‌های مربوط به حیطه ارتباط با همسر و زناشویی، پرداخته شد و در ابتدای هر جلسه به مرور تمرین‌ها و آخر هر جلسه نیز به پاسخ به سوالات، بازخورد گرفتن از بیمار و ارائه تمرین‌های هفتگی اختصاص یافت.

به منظور بررسی فرضیه‌ها از آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS-24 استفاده گردید. این مطالعه با توجه به رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و توجه به حقوق شرکت‌کنندگان، رازداری و صیانت از اطلاعات آنها و آزادی عمل شرکت‌کنندگان برای خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای و ارائه درمان ACT برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش، انجام گرفت.

## یافته‌ها

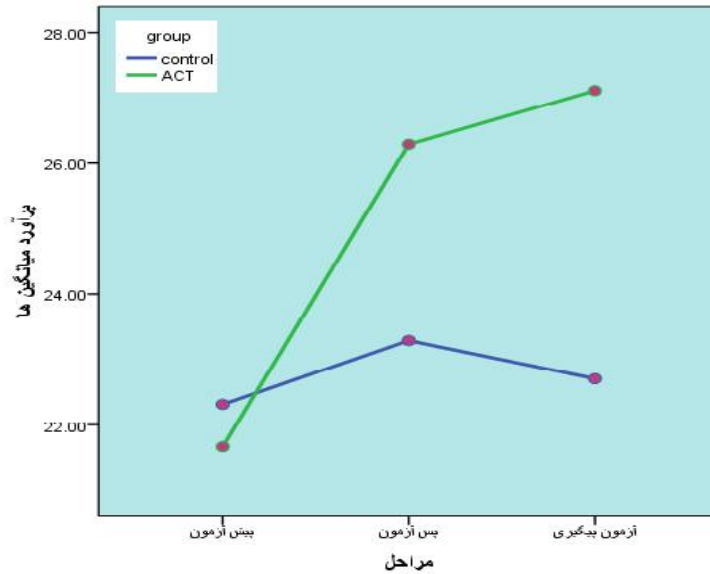
میانگین سنی گروه مداخله ACT ( $50/52$ ) و  $50/40$  و گروه کنترل ( $50/86$ ) ( $1/99$ ) سال بود که با آزمون تی مستقل میانگین سن دو گروه با هم تفاوت معناداری نداشتند. قبل از انجام تحلیل داده‌ها، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف برای عملکرد جنسی  $p>0/05$  بود که بیانگر نرمال بودن متغیرهای مورد بحث است. همچنین نتایج آزمون لوین و آزمون M باکس معنادار نبودند. این یافته‌ها حاکی از آن هستند که فرض برابری واریانس برقرار است. بنابراین شرایط استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود داشت. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که میانگین نمره

جدول ۱. میانگین نمرات عملکرد جنسی و حیطة‌های آن در گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

ACT		کنترل		تعداد	نمونه	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۰/۹۲۰	۲/۸۴۰	۰/۷۵۷	۳/۰۸۰	۱۵	پیش‌آزمون	میل جنسی
۰/۸۲۴	۳/۴۸۰	۰/۹۸۰	۳/۲۰۰	۱۵	پس‌آزمون	
۰/۹۴۸	۳/۶۴۰	۰/۷۸۶	۳/۰۰۰	۱۵	پیگیری	
۱/۰۴۴	۳/۰۴۰	۰/۹۴۷	۳/۴۲۰	۱۵	پیش‌آزمون	برانگیختگی
۰/۷۱۴	۴/۰۰۰	۰/۷۲۵	۳/۴۶۰	۱۵	پس‌آزمون	
۰/۷۳۳	۳/۷۸۰	۰/۶۶۶	۳/۵۲۰	۱۵	پیگیری	
۱/۲۳۹	۳/۹۵۲	۱/۰۲۶	۳/۸۶۱	۱۵	پیش‌آزمون	خیس و نرم شدن واژن
۰/۶۳۲	۴/۷۸۶	۰/۹۸۶	۴/۲۰۹	۱۵	پس‌آزمون	
۱/۰۲۵	۴/۹۰۰	۰/۸۴۰	۴/۰۶۰	۱۵	پیگیری	
۰/۷۴۸	۳/۳۳۴	۰/۹۲۲	۳/۵۲۰	۱۵	پیش‌آزمون	ارگاسم
۰/۵۶۲	۴/۶۱۳	۱/۰۹۲	۴/۰۸۰	۱۵	پس‌آزمون	
۰/۷۵۹	۴/۷۲۰	۰/۹۳۸	۳/۹۷۳	۱۵	پیگیری	
۱/۰۱۱	۴/۳۳۵	۰/۹۸۹	۴/۶۴۰	۱۵	پیش‌آزمون	میزان رضایت
۰/۵۷۵	۴/۶۹۳	۰/۹۰۰	۴/۵۰۷	۱۵	پس‌آزمون	
۰/۴۹۸	۵/۰۱۳	۰/۷۳۲	۴/۳۷۳	۱۵	پیگیری	
۰/۹۳۴	۴/۱۷۳	۱/۶۲۰	۳/۷۹۰	۱۵	پیش‌آزمون	درد
۰/۸۹۷	۴/۷۲۰	۱/۷۱۸	۳/۸۳۲	۱۵	پس‌آزمون	
۰/۵۶۵	۵/۰۵۷	۱/۶۵۶	۳/۷۷۶	۱۵	پیگیری	
۳/۹۶۴	۲۱/۶۶۵	۳/۵۱۶	۲۲/۳۱۱	۱۵	پیش‌آزمون	عملکرد جنسی
۳/۱۴۰	۲۶/۲۹۳	۳/۹۹۸	۲۳/۲۸۷	۱۵	پس‌آزمون	
۳/۰۳۹	۲۷/۱۱۰	۳/۱۱۱	۲۲/۷۰۴	۱۵	پیگیری	

جدول ۲. نتایج آزمون اثرات درون گروهی و بین گروهی به منظور بررسی اثربخشی (ACT) بر عملکرد جنسی زنان یائسه

اندازه اثر	مقدار p	مقدار F	میانگین توان دوم	درجه آزادی	مجموع توان دوم نوع III	نوع آزمون	
۰/۴۱۰	۰/۰۰۰	۱۹/۴۵۲	۸۱/۹۴۳	۲	۱۶۳/۸۸۶	آزمون کرویت	درون گروه‌ها
۰/۳۰۲	۰/۰۰۰	۱۲/۱۱۵	۵۱/۰۳۸	۲	۱۰۲/۰۷۵	آزمون کرویت	بین گروه‌ها
			۴/۲۱۳	۵۶	۲۳۵/۹۱۰	آزمون کرویت	خطا



نمودار ۱. برآورد میانگین‌های عملکرد جنسی در گروه کنترل و مداخله ACT در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

جدول ۳. نتایج آزمون اثرات درون گروهی و بین گروهی به منظور بررسی اثربخشی (ACT) بر حیطه‌های عملکرد جنسی زنان یائسه

اندازه اثر $\eta^2$	مقدار p	مقدار F	میانگین توان دوم	درجه آزادی	مجموع توان دوم نوع III	نوع آزمون	میل جنسی
۰/۱۲۹	۰/۰۲۱	۴/۱۴۰	۱/۳۷۲	۲	۲/۷۴۴	آزمون کرویت	درون گروه‌ها
۰/۱۳۷	۰/۰۱۶	۴/۴۲۹	۱/۴۶۸	۲	۲/۹۳۶	آزمون کرویت	بین گروه‌ها
			۰/۳۳۱	۵۶	۱۸/۵۶۰	آزمون کرویت	خطا
۰/۲۳۶	۰/۰۰۲	۸/۶۵۸	۳/۰۷۲	۱/۴۰۹	۴/۳۲۸	گرین‌هاوس-کیسر	درون گروه‌ها
۰/۱۹۲	۰/۰۰۷	۶/۶۷۴	۲/۳۶۸	۱/۴۰۹	۳/۳۳۶	گرین‌هاوس-کیسر	بین گروه‌ها
			۰/۳۵۵	۳۹/۴۴۶	۱۳/۹۹۶	گرین‌هاوس-کیسر	خطا
۰/۱۹۶	۰/۰۰۶	۶/۸۱۲	۴/۶۶۳	۱/۴۵۴	۶/۷۸۱	گرین‌هاوس-کیسر	درون گروه‌ها
۰/۰۷۲	۰/۱۳۹	۲/۱۷۹	۱/۴۹۲	۱/۴۵۴	۲/۱۶۹	گرین‌هاوس-کیسر	بین گروه‌ها
			۰/۶۸۵	۴۰/۷۱۶	۲۷/۸۷۶	گرین‌هاوس-کیسر	خطا
۰/۳۵۵	۰/۰۰۰	۱۵/۳۹۶	۱۱/۶۳۰	۱/۴۷۰	۱۷/۱۰۰	گرین‌هاوس-کیسر	درون گروه‌ها
۰/۱۰۵	۰/۰۶۱	۳/۳۰۰	۲/۴۹۳	۱/۴۷۰	۳/۶۶۵	گرین‌هاوس-کیسر	بین گروه‌ها
			۰/۷۵۵	۴۱/۱۶۸	۳۱/۰۹۸	گرین‌هاوس-کیسر	خطا
۰/۰۳۳	۰/۳۸۴	۰/۹۴۵	۰/۳۷۰	۱/۷۲۱	۰/۶۳۷	هونیه-فلدت	درون گروه‌ها
۰/۱۵۱	۰/۰۱۴	۴/۹۶۸	۱/۹۴۶	۱/۷۲۱	۳/۳۵۰	هونیه-فلدت	بین گروه‌ها
			۰/۳۹۲	۴۸/۱۹۱	۱۸/۸۷۷	هونیه-فلدت	خطا
۰/۲۰۲	۰/۰۰۵	۷/۰۹۰	۱/۹۸۹	۱/۴۹۰	۲/۹۶۴	گرین‌هاوس-کیسر	درون گروه‌ها
۰/۲۰۵	۰/۰۰۴	۷/۲۳۷	۱/۰۳۱	۱/۴۹۰	۳/۰۲۵	گرین‌هاوس-کیسر	بین گروه‌ها
			۰/۲۸۱	۴۱/۷۱۵	۱۱/۷۰۵	گرین‌هاوس-کیسر	خطا

## بحث

پس آزمون و پیگیری بین گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در عملکرد جنسی تفاوت معناداری وجود داشت و مقایسه میانگین‌ها نیز حاکی از روند افزایشی بعد از اجرای مداخله بود. به عبارت دیگر، درمان

هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان عملکرد جنسی و حیطه‌های آن در زنان یائسه بود. نتایج پژوهش نشان داد در مرحله



ACT باعث بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه شده است که این تاثیر به مدت سه ماه پیگیری ماندگار بود. همانگونه که نتایج پژوهش نشان داد، گروه مداخله با درمان ACT در حیطه‌های میل، برانگیختگی، رضایت و درد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. به عبارت دیگر، درمان ACT باعث بهبود این حیطه‌های عملکرد جنسی زنان یائسه شده‌اند که این تاثیر به مدت سه ماه پیگیری ماندگار بود. در صورتی که در حیطه‌های رطوبت مهبل و ارگاسم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهشی که تاثیر این رویکرد را بر عملکرد جنسی در زنان یائسه مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد، اما این یافته با نتیجه پژوهش حسن زاده و همکاران (۱۲) مشابهت داشت. نتایج پژوهش آنها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری تاثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش طبابایی و همکاران (۱۳) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد، کم‌رویی جنسی و جرأت ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی موثر بود. همچنين بوری و همکاران (۱۴) اثربخشی ACT، با استفاده از مداخلات پذیرش و تمرکز ذهنی بر روی رضایت زناشویی زوجین را مورد بررسی قرار دادند. نتایج آنان نشان داد که ارتباط قوی و معناداری بین این مداخلات و رضایت زناشویی وجود دارد، که همسویی دارند. نتایج مطالعه خانجانی و همکاران (۲۶) و عظیمی‌فر و همکاران (۱۵) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان‌شناختی رفتاری هر دو رویکرد تغییرات معناداری در صمیمیت زناشویی زوجین و شادی زناشویی ایجاد کردند و بین اثربخشی این دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود نداشت. از طرفی قاسمی و همکاران (۱۷) نشان دادند که درمان مبتنی

بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایتمندی زناشویی نسبت به درمان شناختی رفتاری موثرتر است. در تبیین اثربخشی درمان ACT بر عملکرد جنسی، با توجه به اینکه زنان یائسه، تغییرات عاطفی- روانی متعددی را تجربه می‌کنند و برخی از آنان احساساتی دارند که برخاسته از واکنش منفی آنان نسبت به تغییرات یائسگی می‌باشد و این تغییرات می‌تواند بر روابط بین فردی، اجتماعی، خانوادگی و کلاً کیفیت زندگی زنان تاثیر بگذارد. از عوارض مهم این دوران کاهش عملکرد جنسی است (۲۷). در یک مطالعه کیفی مشخص گردید که زنان یائسه احساس پیری، تغییر تصویر ذهنی از ظاهر خود، احساس پایان زنانگی، احساس ناتوانی، ناامیدی، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند که همه این تجربیات می‌توانند بر عملکرد جنسی آنان تاثیر منفی بگذارند (۲۸). نتایج یک مطالعه دیگر نشان داد که ۷۴/۴ درصد زنان معتقد بودند که یائسگی باعث از بین رفتن طراوت و جذابیت زن می‌شود، ۹۰ درصد زنان یائسه احساس پیری می‌کردند و تقریباً تمام آنها یائسگی را پایان جوانی می‌دانستند (۲۹).

درمان ACT با درمان اجتناب هیجانی، بهبود عکس‌العمل‌ها، شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تعهد نسبت به تغییرات رفتاری توانست به زنان کمک کند تا رابطه زناشویی خود را بهبود بخشند. یکی از مواردی که سبب اثربخش‌تر شدن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به سایر رویکردها می‌گردد، آگاهی نسبت به تجارب اجتناب شده و پذیرش آن تجارب است که این امر از اصول زیربنایی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هستند (۳۰). می‌توان نتیجه گرفت انعطاف‌پذیری روانشناختی که هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۳۱). هدف درمانگر ACT، کاهش علائم نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند تا مراجعه‌کننده از علائم رها شود. این درمان ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علایم مرضی درک نمایند و حتی یاد بگیرند

جنسی در زنان یائسه مورد بررسی قرار داده باشد انجام نشده است.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، جامعه آماری از شهر زنجان انتخاب شد و مسلماً بین شهرهای دیگر کشورمان از نظر فرهنگی و آداب و رسوم تفاوت‌هایی وجود دارد، لذا در تعمیم یافته‌های این مطالعه، بایستی جانب احتیاط رعایت شود.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود عملکرد جنسی در زنان یائسه شد که این تأثیر به مدت سه ماه پیگیری ماندگار بود. با توجه به اینکه اغلب زنان یائسه از لحاظ مسئولیت شغلی و اجتماعی و عاطفی در خانواده نقش حساسی دارند، بنابراین کمک در زمینه ارتقای سلامت جنسی و روانی به آن‌ها نوعی کمک و خدمت به خانواده و جامعه محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشت و درمان و مشاوره از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، جهت ارتقای سلامت جنسی زنان یائسه با هدف بهبود عملکرد جنسی زنان استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی اهر است و با تأیید کمیته اخلاق در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زنجان به شماره IR.ZUMS.REC.1398.328 در تاریخ ۹۸/۰۷/۲۳ انجام شده و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) به شماره IRCT20200428047230N1 به ثبت رسیده است. در پایان از کلیه مسئولین دانشگاه علوم پزشکی زنجان و همکاران مراکز بهداشتی-درمانی شهر زنجان و تمامی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشد) درک کنند (۳۲). علاوه بر کارگیری مهارت‌های این رویکرد مانند گسلش (همجوشی‌زدایی)، زنان توانستند 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 شد، زیرا در واقع بسیاری از احساسات منفی و ناخوشایند در اثر تلاش آنها برای اجتناب از احساسات، افکار و تجربه‌های نامطلوبی که داشته‌اند، ایجاد شده است. علاوه بر آنها آموختند که به جای تلاش برای حفظ احساسات ناخوشایند و اجتناب از احساسات ناخوشایند، تمرکز خود را بر کشف ارزش‌های فردی و زناشویی معطوف کنند. این فرایند به آنها کمک کرد تا به عمیق‌ترین تمایلات قلبی خود پی ببرند و اهمیت رابطه زناشویی را در زندگی خود دریابند (۶،۱۰). همچنین 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 ارزش را برای آنها دارد (۳۳). در این درمان، ارزش بیش از اینکه نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی عمل خاصی را به فرد نشان می‌دهد. انتخاب و ترجیح این ارزش‌ها به نوعی به بهبودی روابط بین فردی، مراقبت از خود و روابط زناشویی می‌انجامد که از این طریق باعث ارتقای عملکرد جنسی می‌شود. همچنین این شیوه درمانی سبب می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی در زنان، زمینه برای افزایش رضایت و عملکرد جنسی که با اصلاح الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌ناپذیر ایجاد شده است، فراهم شود (۱۲). همانگونه که مطالعات انجام شده نشان می‌دهد درمان ACT بر عملکرد جنسی تأثیر دارد اما در کشور ما پژوهش‌هایی که به‌طور خاص اثربخشی این رویکرد را بر عملکرد

## References

- 1- Berek J S. Berek & Novak's Gynecology. 16<sup>th</sup> ed. Wolters Kluwer; 2020.
- 2- O'Reilly B, Bottomley C, Rymer J. Essentials of Obstetrics & Gynecology. Translated by Ghazi Jahani B. 2<sup>th</sup> edition. Tehran. Golban Publications; 2014.
- 3- Kaplan & Sadocs. Synopsis of Psychiatry: Behavior Sciences/ Clinical Psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkinson; 2015.
- 4- Susan AO. Essentials of Maternity, newborn, women health nursing. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
- 5- Zarei J, Tarafdari A, Pourhossein R, Habibi Asgarabadi M. The relationship between gender schemas and the sexual health of postmenopausal women. Journal of Psychological Development. 2017; 6 (3): 212-191 [Persian].
- 6- Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F. Factors Affecting Sexual Performance in Menopause: A Review of Research Texts. Journal of Payesh. 2014; 14 (1): 58-41 [Persian].
- 7- Ambler D R, Bieber E J, Diamond M P. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. Reviews in Obstetrics & Gynecology. 2012; 5(1): 16-27.
- 8- Safaei M, Rajabzadeh S. Investigating the sexual dysfunction of postmenopausal women referring to Torbat Heydariyeh health centers in 2016. Journal Tanin Salamat. 2016; 4 (4): 23-29 [Persian].
- 9- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
- 10- Izadi R, Abedi M R. Acceptance and commitment-based therapy. 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Jangal Publications; 2016 [Persian].
- 11- Luoma JB, Villatt JL. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. Journal of Cognitive Behavioral Practice. 2012; 19(2): 265-276.
- 12- Hasanzadeh M, Abolghasemi A, Akbari B. Efficiency of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Wellbeing and Sexual Function in Women with Infertility History. Avicenna Journal of Nursing & Midwifery care. 2019; 27 (4): 250-259 [Persian].
- 13- 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. Journal of Behavioral Science Research .2017; 15(1): 84-92.
- 14- Burpee LC, Langer EJ. Mindfulness and marital satisfaction. Journal of Adult Dev. 2005; 12(1): 43-51 [Persian].
- 15- Azimifar Sh, et al. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance-based therapy and commitment to increase the marital happiness of dissatisfied couples. Journal of Psychology and Psychiatry. 2016; 3(2): 56-81 [Persian].
- 16- Akbari Turkestani N, et al. Effect of premarital counseling with acceptance and commitment therapy-Based Approach on the sexual function. Journal of Arak Medical University. 2017; 19(117): 34-42 [Persian].
- 17- Ghasemi S, Arman A, Ismaili N. Comparison of acceptance and commitment-based therapy with cognitive-behavioral therapy on marital satisfaction of women with obsessive-compulsive disorder in 2016. Journal of Community Health. 2017; 11(2): 58-67 [Persian].
- 18- Delavar A. Applied Probability and Statistics in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Roshd publication; 2014 [Persian].
- 19- Rosen R, Briwn C, Heimen J, Leiblum S, Maston CM. The Female Sexual Function Index (FSFI) a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex and Marital Therapy. 2000; 26(2): 191-208.
- 20- Mohammadi Kh, Heydari M, Faqihzadeh S. The validity of the Persian version of the Female Sexual Function Index-FSFI scale as an indicator of women's sexual performance. Monitoring Quarterly. 2008; 7(2): 278- 269 [Persian].
- 21- Markus W, Cindy M, Raymond R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross Validation and development of clinical cutoff scores. Journal of sex and Marital Therapy. 2005; 31(1):1-20.

- 22- Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of sex and Marital Therapy*. 2003; 29(2): 39-46.
- 23- Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I. Danforth's obstetrics and gynecology. Translated by Valdan M et al. Volume II. Tehran. Arjmand Publications; 2016.
- 24- Kaplan H S. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual dysfunction*. New York: Brunner-Mazel. 1974.
- 25- Karami A, Omrani R, Danaei N. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance-based therapy (ACT) on anxiety and depression in premature infants. *Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies*. 2018; 8(31): 139-156 [Persian].
- 26- Khanjani Vashki S, Shafiabadi A, Farzad V, Fatehizadeh M. A Comparison between the Effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment on marital intimacy of conflicting couples in Isfahan. *Journal Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2016; 17(4): 31-40 [Persian].
- 27- Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Relationship between Sexual Function and Quality of Life in Post-menopausal Women. *Journal of Mazandaran University Medical Science* 2016; 26(143): 88-98 [Persian].
- 28- Afghari A, Ganji J, Ahmadshirvani M. Psycho-Emotional Changes in Menopause: A Qualitative Study. *Journal of Mazandaran University Medical*. 2012; 22(93): 27-38 [Persian].
- 29- Hakimi S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Zaiery F. Women's experiences a bout menopause and related factors. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2017; 19(3): 185-194 [Persian].
- 30- Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. 1<sup>th</sup> ed. New York: Springer science and business media Inc; 2010.
- 31- Forman E.M, Herbert D. *New Directions in Cognitive behavior therapy*. 2<sup>th</sup> ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2007.
- 32- Harris R, Hayes SC. *ACT made simple: An Easy- To- Read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. 2<sup>th</sup> ed. New Harbinger Publications. 2019.
- 33- Mojdeh F, Mohamadi SZ. The relationship between depression and sexual function index among married women. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2013; 21(1):41-51 [Persian].