

Research  
Article

## Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Rational Emotional Behavior Therapy Effectiveness on Couples' Avoidance, Marital Satisfaction, Communication Skills, and Sexual Self-Efficacy

Authors

Reza Altafi<sup>1</sup>, Shahram Vaziri<sup>2\*</sup>, Mehrdad Sabet<sup>3</sup>

1. PhD students in Health Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University of Roudehen, Roudehen, Iran. [altafi.reza2021@gmail.com](mailto:altafi.reza2021@gmail.com)

2. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Roudehen, Roudehen, Iran. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Roudehen, Roudehen, Iran. [mehrdadsabet@yahoo.com](mailto:mehrdadsabet@yahoo.com)

Abstract

Receive Date:  
15/05/2021

Accept Date:  
21/09/2021



**Introduction:** This research aims to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and rational emotional behavior therapy on avoidance, marital satisfaction, communication skills, and sexual self-efficacy of couples.

**Method:** This semi-experimental study was conducted among couples who were referred to counseling and psychological service centers in Tehran in 2018 among which 45 people were selected by the available sampling method from four counseling centers who met the criteria of the research. They were randomly divided into three experimental groups including acceptance and commitment therapy, rational emotional therapy, and control groups, in each group 15 people participated. First, all three groups were pretested, then one experimental group underwent acceptance and commitment treatment and the other experimental group underwent emotional rational therapy and the control group did not receive any treatment. After the sessions, a post-test was taken from all three groups. After one month, follow-up measurements were performed again in all three groups. Data were processed using SPSS-25 software to calculate descriptive indices and multivariate covariance analysis.

**Results:** A significant difference was observed between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and rational emotional therapy in reducing avoidance and increasing marital satisfaction, sexual self-efficacy, and communication skills of couples ( $p < 0.001$ ). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing avoidance and increasing marital satisfaction and sexual self-efficacy was higher than rational emotional therapy. But in increasing the communication skills of couples, rational emotional therapy was more effective than acceptance and commitment therapy. In the follow-up phase, no significant difference was observed between the effectiveness of acceptance and commitment therapy with rational-emotional therapy on marital satisfaction, communication skills, and sexual self-efficacy. However, acceptance and commitment therapy was more effective than rational-emotional therapy in reducing couple anxiety.

**Discussion and Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded that acceptance and commitment therapy is more effective in reducing avoidance and increasing marital satisfaction and sexual self-efficacy than rational emotional therapy, but rational emotional therapy is more effective in increasing communication skills. It is suggested that acceptance and commitment therapy and rational emotional behavioral therapy be used by experts in this field in order to improve marital relations in counseling and therapy centers.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Rational Therapy, Avoidance, Marital Satisfaction, Communication Skills, Sexual Self-Efficacy

Corresponding  
Author's E-mail

[vaziri\\_shahram@yahoo.com](mailto:vaziri_shahram@yahoo.com)

## مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی بر اجتناب، رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی زوجین

نویسندگان

رضا الطافی<sup>۱</sup>، شهرام وزیری<sup>۲\*</sup>، مهرداد ثابت<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

altafi.reza2021@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)

mehrdadsabet@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

چکیده

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر مقایسه میزان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر اجتناب، رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی زوجین بود.

**روش:** در این مطالعه نیمه آزمایشی که در میان زوجین مراجعه کننده به مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی تهران در سال ۱۳۹۸ انجام شد، ۴۵ نفر از چهار مرکز مشاوره که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر گروه آزمایش درمان عقلانی هیجانی و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. در ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس یک گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دیگر آزمایش تحت درمان عقلانی هیجانی قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفت. پس از اتمام جلسات، از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. پس از یک ماه مجدداً سنجش پیگیری در هر سه گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-25 برای محاسبه شاخص‌های توصیفی و نیز تحلیل کوواریانس چندمتغیری پردازش شد.

**نتایج:** بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی بر کاهش اجتناب و افزایش رضایت زناشویی، خودکارآمدی جنسی و مهارت‌های ارتباطی زوجین تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0.001$ ). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب و افزایش رضایت زناشویی و خودکارآمدی جنسی، بالاتر از درمان عقلانی هیجانی بود. اما در افزایش مهارت‌های ارتباطی زوجین، درمان عقلانی هیجانی مؤثرتر از درمان پذیرش و تعهد بود. در مرحله پیگیری، بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان عقلانی هیجانی بر رضایت زناشویی و مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. اما در کاهش اجتناب زوجین، درمان پذیرش و تعهد مؤثرتر از درمان عقلانی هیجانی بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های حاصل می‌توان نتیجه گرفت درمان پذیرش و تعهد در کاهش اجتناب و افزایش رضایت زناشویی و خودکارآمدی جنسی از درمان عقلانی هیجانی مؤثرتر است اما در افزایش مهارت‌های ارتباطی درمان عقلانی هیجانی مؤثرتر است. پیشنهاد می‌شود، درمان پذیرش و تعهد و رفتار درمانی عقلانی هیجانی توسط متخصصان این حوزه، به منظور بهبود روابط زناشویی در مراکز مشاوره و درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۰/۰۲/۲۵

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۰۶/۳۰



کلیدواژه‌ها

درمان پذیرش و تعهد، درمان عقلانی هیجانی، اجتناب، رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی، خودکارآمدی جنسی.

پست الکترونیکی

vaziri\_shahram@yahoo.com

نویسنده مسئول

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

## مقدمه

افراد بیشترین احساس امنیت و برخی اوقات، بیشترین میزان آسیب‌پذیری را در روابط زناشویی و خانوادگی، یعنی عمیق‌ترین و صمیمی‌ترین روابط خود، تجربه می‌کنند [۱]. بنابراین شناخت عواملی که بتواند زوج‌ها را در یک رابطه باثبات و توأم با رضایت قرار دهد، دغدغه اصلی بسیاری از پژوهشگران در حوزه ازدواج و خانواده است. در دوران زندگی زناشویی همواره رویدادهای فراوانی همراه با تجربه‌های هیجانی و روان‌شناختی برای زوجین اتفاق می‌افتد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالا به جای گریختن یا اجتناب از این موقعیت‌ها، می‌تواند در رشد فردی و مواجهه کارآمد زوجین در زندگی نقش مؤثری داشته باشد [۲]. در واقع این اجتناب محصول فرایندی است که شامل ارزیابی منفی افراطی از احساسات و افکار اختصاصی ناخواسته و نداشتن تمایل به تجربه‌کردن اتفاقات خاص و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آنهاست [۳]. این تلاش‌های انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روان‌شناختی، سرکوب یا مهار آنها به عنوان اجتناب تجربه‌ای اطلاق می‌شود [۴]. این نوع از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به دلیل عدم توانایی زوجین در تنظیم هیجانات منفی و مقابله کارآمد با موقعیت‌های استرس‌زا در پیش‌بینی ناسازگاری و عدم رضایت زناشویی مؤثر است [۵]. رضایت زناشویی می‌تواند انعکاسی از میزان شادی افراد از روابط زناشویی و یا ترکیبی از خشونود بودن به واسطه بسیاری از عوامل مختص رابطه زناشویی باشد [۶] و به ارزیابی مثبت فرد از روابط زناشویی خود ارتباط دارد [۷]. در این میان یکی از عواملی که می‌تواند در میزان رضایت زناشویی نقش داشته باشد، مهارت در برقراری ارتباط بین زوجین است [۸]. داشتن یا نداشتن مهارت‌های ارتباطی بر وضعیت رضایت زناشویی مؤثر است. وجود ارتباطاتی که فاقد شرایط لازم است و همچنین روابط مبهم یا روابط مشروط، زمینه‌های ناسازگاری را در بین زوجین تشدید می‌کند [۹]. بنابراین مشکلات ارتباطی، موضوع محوری در رویکردهای ارتباطی نسبت به خانواده است. ارتباط زناشویی هم عبارت است از فرایند تبادل اطلاعات به‌طور کلامی و غیرکلامی بین زوجین که شامل مهارت‌هایی برای تبادل الگوهای اطلاعات درون سیستم زناشویی است [۱۰]. در واقع مهارت‌های ارتباطی، موجب تقویت رابطه گرم و صمیمی با یکدیگر، حفظ و ارتقای سلامت روانی، قطع روابط ناسالم، حل مسائل خود با دیگران و رفع تضادها و تعارض‌ها می‌شود [۱۱]. در این راستا آل‌فضاری، صبری و عبدالفتاح [۱۲]، در پژوهشی نشان دادند که رویکردهای همچون صحبت کردن

بین زوجین، روابط بین فردی، بیان دیدگاه‌ها بر روی سازگاری زناشویی تأثیرگذار هستند. علاوه بر مهارت‌های ارتباطی یکی دیگر از مهم‌ترین معیارهای رضایتمندی زناشویی، زندگی جنسی خوب است [۱۳]. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه، و کنجکاوی بشر بوده و تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد [۱۴]. در این میان باور هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد جنسی مؤثر، مطلوب بودن برای شریک جنسی که به آن خودکارآمدی جنسی گفته می‌شود، در تجربه لذت جنسی زوجین نقش دارد [۱۵]. همچنین عملکرد جنسی با درک بالاتری از خودکارآمدی جنسی همراه است و این خودکارآمدی جنسی می‌تواند از طریق تأثیر بر رضایت جنسی منجر به افزایش رضایت زناشویی شود [۱۶]. با توجه به بررسی متغیرهای اجتناب تجربه‌ای، رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی که نقش مهمی در زندگی زناشویی زوجین ایفا می‌نمایند، شناخت راهبردها و برنامه‌های آموزشی که بتواند در بهبود هر یک از این متغیرها تأثیرگذار باشند موضوعی قابل بررسی و توجه است. برای افزایش رضایت و سازگاری زوجین، رویکردهای متعددی وجود دارد. هر رویکردی بر اساس تبیین‌های خاص خود روش‌های درمانی و آموزش خاصی را برای افزایش رضایت زناشویی ارائه داده است [۱۷]. براساس بررسی مطالعات پیشین، یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند میزان رضایت زناشویی را در میان زوج‌ها افزایش دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است [۱۸-۲۱]. درمان پذیرش و تعهد، به عنوان یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری که در آنها تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و در جهت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه به همراه پذیرش تجارب ذهنی عمل می‌نماید [۲۲]. این درمان یک روش مبتنی بر مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که شامل شش فرآیند توجه به لحظه‌ای اکنون، ارزش‌ها، پذیرش تجربه‌ای، ناهم‌آمیزی شناختی، چشم‌انداز انعطاف‌پذیری، ارزش‌ها و اعمال متعهدانه است [۲۳]. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دست‌یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد [۲۴] و به مراجع آموخته می‌شود که به جای تغییر تجارب خود، باید آن‌ها را بپذیرند [۲۵]. علاوه بر این با توجه به اینکه در یک زندگی زناشویی آشفته یکی یا هر دو، عقاید و باورهای غیر منطقی را برای خود دنبال می‌کنند [۲۶]. مداخله‌ای دیگر تحت عنوان رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، در بین زوج‌درمانگران به کار

عقلانی - هیجانی در مواجهه با موضوع مسائل زناشویی نسبت به سایر رویکردها حتی رویکردهای یکپارچه نگر اثرگذاری بیشتری در ابعاد هیجانی، عقلانی، معنوی، جنسی و ارتباطی دارد [۴۱]. این در حالی است که عده دیگر اعتقاد دارند درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی، که بر روی پذیرش مشکلات، افکار و احساسات تمرکز دارند، اثربخشی بالاتری بر مشکلات روانشناختی [۴۲] و از جمله مشکلات زناشویی دارند. از آنجاکه موضوع بهبود روابط زناشویی مسأله‌ای مهم و حساس است، انتخاب بهترین رویکرد درمانی، از بین دو رویکرد درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی که اثربخشی آنها تأیید شده است، برای کاهش اجتناب و بهبود رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی زوجین مهم است چراکه می‌تواند از اثرات و آسیب‌های متعددی که در حوزه خانواده بر اثر مشکلات و تعارضات زناشویی بین زوجین ایجاد می‌شود، پیشگیری کند. در این راستا پژوهش حاضر، علاوه بر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی بر اجتناب تجربه‌ای، رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی زوجین، به دنبال مقایسه اثربخشی هر یک از این روش‌های درمانی در بهبود هر یک از متغیرهای فوق است تا بتواند موثرترین روش را در جهت کمک به زوجین برای برخورداری از یک زندگی زناشویی موفق شناسایی و معرفی نماید.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود و طرح آن به صورت گروه‌های آزمایش (دو گروه) و یک گروه کنترل و سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و مطب‌های روان‌شناسی تهران در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس جدول کوهن (با اندازه اثر ۰/۵ و توان ۰/۸۰ با آلفای ۰/۰۵)، برای هر گروه ۱۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر گروه آزمایش درمان عقلانی هیجانی و ۱۵ نفر گروه کنترل) و در مجموع ۴۵ نفر برآورد شد [۴۳]. در ابتدا بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس از میان جامعه آماری چهار مرکز مشاوره انتخاب شد و سپس از افراد مراجعه‌کننده به این مراکز مشاوره که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش (عدم ابتلا به بیماری جسمی و اختلالات روان‌پزشکی، داشتن سواد (حداقل سیکل)، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، ابراز تمایل افراد برای شرکت در گروه و عدم دریافت درمان روان‌شناختی دیگر) بودند، ثبت نام به

برده می‌شود که در طی فرایند درمان سعی می‌شود ابتدا باورهای غیرمنطقی زوجین مشخص شود، سپس پیوند بین شناخت، عاطفه و رفتار تعیین شود و شواهد مخالف افکار غیرمنطقی بررسی شده تا در حصول حل تعارضات و سازگاری، توفیق حاصل شود [۲۷]. در این رابطه باید بیان کرد که آموزش رفتار درمانی عقلانی-هیجانی، متکی بر حل مسئله، بهره‌گیری از عقل و منطق و احترام متقابل است که می‌تواند راه‌گشای مفیدی برای پایان بخشیدن به روابط نامناسب و برقراری ارتباط سالم و مطلوب میان زوجین گردد و نیز به زوجین می‌آموزد که مسئولیت حل مشکلات را در آینده بر عهده گیرند و انتظارات و خواسته‌های متکی بر عقل و منطق و واقعیت از یکدیگر داشته باشند [۲۸]. رفتار درمانی عقلانی هیجانی با منطق درمانی مبتنی بر ایجاد "حس بهینه" می‌تواند با ادغام عقل و معنا، انعطاف‌پذیری، کارایی و اثربخشی فرایند درمانی را افزایش دهد [۲۹].

در راستای اثربخشی هر یک از رویکردهای درمانی پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی مطالعاتی صورت گرفته است که یافته‌ها حاکی از موثر بودن این دو رویکرد در حوزه زندگی زناشویی می‌باشد؛ به عنوان مثال اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و رضایت زناشویی [۳۰]، افزایش سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی [۳۱]، بهبود رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی و روانی [۳۲-۳۳]، کاهش اضطراب و افسردگی [۳۴]، افزایش سلامت روانی [۳۵]، بهبود مسئولیت‌پذیری و روابط بین فردی [۳۶] و اثربخشی آموزش گروهی با رویکرد رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر افزایش رضایت زناشویی [۳۷]، کاهش آشفتگی روان‌شناختی و افزایش سطوح کیفیت زندگی زناشویی [۳۸] و افزایش رضایت جنسی [۳۹] مورد تأیید قرار گرفته است.

نگاهی اجمالی به قدیمی‌ترین روش‌های درمانی تا جدیدترین روش‌های درمانی در زمینه بهبود زندگی زناشویی، نشان می‌دهد هر یک از روش‌های درمانی برحسب موضع‌گیری‌های نظری که بر پایه آن بنا نهاده شده‌اند، از فنون مختلفی استفاده نموده‌اند. دو رویکرد رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از رفتاردرمانی ریشه می‌گیرند که بر افکار، هیجان و رفتار تمرکز دارند و آسیب‌شناسی روانی را ناشی از هر سه جنبه شناختی، هیجانی و رفتاری مفهوم‌پردازی می‌کنند، اما تفاوت عمده‌شان در نحوه برخورد با مشکل است [۴۰]. عده‌ای از پژوهشگران اعتقاد دارند از آنجایی که باورهای غیرمنطقی و اسنادهای شناختی، ریشه مشکلات افراد در مواجهه با مشکلات زناشویی هستند، از این‌رو رفتاردرمانی

مقیاس شامل ۴ خرده مقیاس ۳۵ ماده ای می باشد که می تواند به عنوان یک ابزار تحقیق از جمله رضایت، ارتباطات و حل تعارض استفاده گردد. پرسشنامه زوجی اینریچ روی ۲۵۵۰۱ زوج متاهل اجرا شده و ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب از این قرار است: ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده آزمون به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ بوده است [۴۷]. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش اسما و تورنیپ، با تعداد ۴۳۸ مرد و زن متأهل در سنین ۲۲ تا ۴۰ سال، ۰/۸۹ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه است [۴۸].

پرسشنامه مهارت ارتباطی ۳: این پرسشنامه توسط جرابک ابداع شده و دارای ۳۴ ماده است که پاسخگویی به آنها مستلزم استفاده از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (هرگز=1، همیشه=5) است و گویه های ۲-۴-۶-۹-۱۰-۱۲-۱۳-۱۷-۱۹-۲۴-۲۸-۲۵-۳۲-۳۳ به صورت معکوس (همیشه=1، هرگز=5) نمره گذاری می گردد. در ضمن گویه های ۱-۳-۱۰-۳۳-۳۲-۱۰ مربوط به مولفه قاطعیت در ارتباط، گویه های ۱۶-۲۴-۲۵-۲۹-۳۴ مربوط به مولفه مهارت بینش نسبت به فرایند ارتباط، گویه های ۲-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۸-۱۹-۲۱-۲۸ مربوط به مولفه مهارت درک پیام های کلامی و غیرکلامی، گویه های ۴-۹-۱۵-۱۷-۲۰-۲۶-۳۰-۳۱ مربوط به مولفه مهارت نظم دهی به هیجان ها و گویه های ۵-۶-۷-۸-۲۲-۲۳-۲۷ مربوط به مولفه مهارت گوش دادن می باشد [۴۹]. اعتبار این پرسشنامه در نمونه ای متشکل از ۷۳۳ دانش آموز و دانشجوی ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و در دو نیمه کردن برای نمره کل آزمون در نمونه دانشجویان به ترتیب برابر ۰/۷۱ و ۰/۶۹ گزارش شده است. افزون بر این، با به کارگیری روش آماری تحلیل عاملی، روایی سازه پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته و به ۵ عامل «مهارت های درک پیام های کلامی و غیر کلامی»، «مهارت نظم دهی به هیجان ها»، «مهارت گوش دادن»، «مهارت بینش نسبت به فرآیند ارتباط» و «قاطعیت در ارتباط» دست یافته اند [۵۰].

پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی: این پرسشنامه توسط وزیری و لطفی کاشانی [۵۱] بر اساس پرسشنامه‌ی خودکارآمدی عمومی شوارتز [۵۲] ساخته شده است. این پرسشنامه، ۱۰ سوال دارد که از صفر تا ۳، نمره گذاری می شود. از نظر آنها خودکارآمدی جنسی، باوری است که هر

عمل آمد و ۴۵ نفر آنها انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر گروه آزمایش درمان عقلانی هیجانی و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفت. در ابتدا از هر سه گروه پیش آزمون گرفته شد، سپس یک گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دیگر آزمایش تحت درمان عقلانی هیجانی قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفت. پس از اتمام جلسات، از هر سه گروه کنترل و آزمایش پس آزمون گرفته شد. پس از یک ماه مجدداً جهت پیگیری پرسشنامه ها در هر دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل اجرا شد.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه اجتناب ۱: این پرسشنامه توسط یانگ طراحی شده و ۴۰ آیتم دارد که براساس مشاهده بالینی اختلالات شخصیت گسترش یافته است. طیف پاسخ ها بین (در مورد من کاملاً نادرست) تا ۶ (در مورد من کاملاً درست) است که نمره بیشتر به معنای اثرات بیشتر طرح واره اجتناب در فرد است. این پرسشنامه شامل ۱۴ راهبرد مقابله ای اجتنابی است. در مطالعات مختلف به بررسی روایی محتوایی پرسش نامه اجتناب پرداخته شده و از نظر متخصصان قابل قبول بوده و قادر است سازه اجتناب را ارزیابی کند. میزان پایایی درونی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ و ضریب تصنیف قابل قبول (۰/۷۰ تا ۰/۷۹) گزارش شده است [۴۴]. در ایران ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است، نتایج تحلیل عاملی نشان داد، هشت عامل استخراج شده که ۵۴/۹۲ درصد از کل واریانس را تبیین می کند. همسانی درونی عوامل استخراج شده به روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۹ تا ۰/۸۳ بود و پایایی زمانی آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ است. همبستگی پرسش نامه اجتناب با پرسش نامه اضطراب (۰/۲۹)، افسردگی (۰/۲۱-)، جبران افراطی (۰/۴۳) و پذیرش و عمل (۰/۳۰) بود که نشان دهنده روایی همگرا و واگرایی این پرسش نامه است [۴۵].

پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ: این پرسشنامه توسط فوورز و والسون طراحی شده که ۴۷ سوال دارد و به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات و کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است [۴۶]. با استفاده از نمونه گیری تصادفی در تحقیق ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند که با استفاده از این پرسشنامه می توان با دقت ۸۵-۹۵٪ بین زوجین خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد. این

3 communication skills questionnaire  
4 sexual self efficacy questionnaire

1 Avoidance Inventory  
2 ENRICH Marital Satisfaction

جنسی در ایران با استفاده از روش اعتبار وابسته به محتوا، مورد تایید قرار گرفته است [۵۳].

شرح مختصری از جلسات درمان پذیرش و تعهد، که توسط پژوهشگر طی ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای بصورت گروهی اجرا شد، در جدول ۱ ارائه شده است:

فرد در مورد توانایی خود در عملکرد موثر در فعالیت های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد. چنین باوری، نوعی خود ارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است. پایایی پرسشنامه ی خودکارآمدی جنسی با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۶ دو نیمه کردن اسپیرمن- براون ۰/۸۱۱ و روش گاتمن ۰/۸۱۱ بدست آمده است. همچنین برآورد اعتبار پرسشنامه ی خودکارآمدی

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

عناوین جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
پیش گروه	انتخاب اعضاء، انجام پیش آزمون	صحبت درباره اهداف تشکیل گروه و نیز قوانین ورود و خروج گروه، اجرای پیش آزمون	
اول	تعیین ساختار گروه، معرفی مدل درمانی ACT، شناخت ماهیت رضایت زناشویی، مهارت های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی در زندگی زناشویی	معارفه اعضاء گروه، مشخص کردن قوانین و اهداف گروه، معرفی درمان ACT ایجاد اتحاد درمانی با استفاده از استعاره دو کوه، تعیین کوشش های قبلی اعضا در مورد حل مشکلات ارتباطی و جنسی، معرفی سیستم کنترل ناکارآمد با استفاده از استعاره های چاه و بیلچه	تعیین اهداف و انتظارات از گروه، شناسایی افکار و هیجانات ناخوشایند
دوم	کنترل به عنوان مشکل / کنترل رویدادهای درونی، قانون درون در برابر قانون بیرون	ادامه بررسی راهبردهای مقابل های مشکلات درونی ناشی از عدم رضایت زناشویی برای رسیدن به درماندگی خلاق، استفاده از استعاره گودال، کیک شکلاتی	ارائه کاربرد ثبت افکار و احساسات آزردهنده و مشکلات و راه حل های بکار برده شده برای حل آنها
سوم	پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی او از این موضوع که کنترل خود معضل است، توضیح در مورد ناراحتی پاک و ناپاک، فرونشانی فکر	استعاره طناب کشی با غول، استعاره دروغ سنج، به موز فکر نکن، تأکید بر اهمیت و پرورش ذهن آگاهی	ارائه کاربرد ثبت راه حل های بکار برده شده برای حل مشکلات، افکار و احساسات و ارزیابی کارآمد بودن راه حل ها در درازمدت
چهارم	ایجاد یک جهت گیری برای توسعه مهارتهای ذهن آگاهی، فهم اجتناب تجربه ای	خوردن آگاهانه و بحث در مورد تعمیم این آگاهی به کارهای روزانه، استعاره دروغ سنج	تمرین توجه آگاهی و پذیرش با استفاده از استعاره های مرتبط
پنجم	پذیرش و تمایل، کارآمدی اضطراب	استعاره خرس قطبی، ایفای نقش طناب کشی با هیولا، استعاره هم اتاقی، استعاره ببر	شناسایی مواردی که در دام طناب کشی با هیولا افتاده اند و اینکه چگونه از این دام خارج شده اند
ششم	توجه آگاهی، گسلش	تمرین تنفس آگاهانه، تمرین استعاره های رادیو ذهنی، صفحه نمایش افکار	تمرین استعاره های برگه های روی رودخانه، صفحه کامپیوتر، عبور ماشینها و... برای گسلش از افکار، تمرین تنفس آگاهانه
هفتم	توجه آگاهی، گسلش	تمرین توجه کردن به احساسات و اسکن کردن بدن، تمرین توجه کردن، نام نهادن و خنثی کردن، تمرین نوشتن افکار، تمرین عینیت بخشی با آواز خواندن افکار	تمرین تکنیک های توجه آگاهی و گسلش
هشتم	معرفی ارزشها و اهداف، تفاوت ارزشها و اهداف	بحث در مورد ارزشها و اهداف و تفاوت بین آنها، قطب نمای ارزشها، استعاره ارزشها به مثابه پیتزا، استعاره جشن تولد هشتاد سالگی	تکمیل کاربرد قطب نمای زندگی برای شناسایی ارزش ها

نهم	معرفی حوزه‌های مختلف ارزشها، هدف گذاری، برنامه ریزی فعالیت	بررسی ارزش ها و اهداف و میزان همسو بودن با آنها، دارت ارزشها، معرفی SMART، معرفی انواع اهداف	بررسی و شناسایی ارزش ها در حوزه های مختلف و تعیین اهداف بر اساس SMART
دهم	موانع زندگی بر اساس ارزشها	بررسی موانع در مسیر ارزش ها بودن، بررسی آمیختگی های شناختی و هیجانی مانع	بررسی افکار و هیجانات مانع در مسیر ارزش ها بودن و تمرین های گسلش از این موانع
یازدهم	معرفی خود به عنوان بافتار، خود فرآیندی و خود مفهومی	تمرین توجه به تنفس و در جایگاه خود مشاهده گر قرار گرفتن، نگاه کردن به شیء در جایگاه خود مشاهده گر، تمرین حرف زدن و گوش دادن، احتمالاً من نمیتوانم... آمیختگی با خودارزیابی ها	انجام تمرین های مرتبط با خود مشاهده گر
دوازدهم	گسلش از خود مفهومی، خود مشاهده گر	استعاره صفحه شطرنج، کلاس درس، زمین بازی، آسمان و هوا، در آوردن زره دفاعی، محاکمه خود مفهوم سازی شده	تمرین گسلش از خود مفهومی با استفاده از تمرین های گسلش و خود مشاهده گر
سیزدهم	توجه آگاهی، اقدام متعهدانه، خود شفقتی	آموزش حل مسئله، استعاره طوفان هیجانات و لنگر انداختن، استعاره کارخانه، پل طنابی، نرده برنده، گرفتن تعهد از اعضا، تمرین شفقت به خود	تمرین توجه آگاهی و پیاده کردن متعهدانه ارزش ها بصورت الگوهای عملی مداوم استفاده از تکنیک حل مسئله در مواقع الزم
چهاردهم	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	تصویرسازی تک تک جلسات درمانی و بیان تجربیات و آنچه یاد گرفته اند، حل و فصل مشکلات باقیمانده، بیان احساسات و افکار اعضا در مورد اختتام گروه، تأکید بر انجام و ادامه تمرینات تا جلسه پیگیری، اجرای پس آزمون	درخواست و توصیه ادامه انجام تمرین های آموزش داده شده در طی جلسات
پنجم	ارزیابی تداوم اثر گروه بعد از یک ماه	مجدداً نظر اعضا در مورد دوره بررسی شد، همچنین در مورد تجربه شان در مورد این فاصله زمانی بررسی شد، آزمون پیگیری اجرا شد.	

همچنین شرح جلسات درمانی عقلانی هیجانی که توسط همکار پژوهشگر طی ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بصورت گروهی اجرا شد، در جدول ۲ ارائه شده است:

#### جدول ۲. جلسات درمانی عقلانی هیجانی

عناوین جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
پیش گروه	انتخاب اعضا، انجام پیش آزمون	صحبت درباره اهداف تشکیل گروه و نیز قوانین ورود و خروج گروه، اجرای پیش آزمون	
اول	تعیین ساختار گروه، معرفی مدل درمانی REBT، شناخت ماهیت رضایت زناشویی، مهارت های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی در زندگی زناشویی	معرفه اعضا گروه، مشخص کردن قوانین و اهداف گروه، معرفی درمان REBT، صحبت در مورد ماهیت رضایت زناشویی، مهارت های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی در زندگی زناشویی	---

دوم	روشن سازی اهداف و انتظارات درمانی اعضاء و توافق در مورد آن	کمک به اعضاء در مشخص کردن واضح و روشن اهدافشان از شرکت در گروه و توافق در مورد آن	تعیین اهداف و انتظارات از گروه بصورت واضح و مشخص
سوم	کمک به اعضاء در طرح مشکل شان به شکل واضح و روشن، آموزش A-B-C	به اعضاء کمک می شود مشکلشان را در قالب A-B-C طرح کنند.	ارائه کاربردگ ثبت مشکل در قالب A-B-C
چهارم	بررسی و تمرین طرح مشکلات گروه در قالب A-B-C، آموزش متمایز کردن هیجانان سالم از هیجانان ناسالم	از کلیه اعضاء خواسته شد مشکلشان را در قالب A-B- C مطرح کنند و اشکالاتشان برطرف شد، توضیح ارتباط هیجانان سالم و ناسالم با افکار عقلانی و غیرعقلانی	ارائه کاربردگ دو ستونی ثبت فکار و احساسات
پنجم	آگاهی از ارتباط هیجانها با افکار و رفتار	آموزش رابطه بین افکار و تجربه احساسات، توضیح در مورد پیامدهای هیجانی، رفتاری تفکر عقلانی و غیرعقلانی	ثبت روزانه افکار و احساسات
ششم	آشنایی با طبقه بندی افکار غیر عقلانی	یازده فکر غیر عقلانی مطرح شده توسط الیس برای گروه معرفی و توضیح داده شد.	ثبت روزانه افکار، احساسات و تعیین افکار غیر عقلانی
هفتم	تطابق افکار گروه با طبقه بندی افکار غیر عقلانی	از چند نفر از اعضاء خواسته شد افکار مربوط به مشکل شان را بیان کنند و تشخیص دهند که افکارشان مرتبط با کدامیک از ۱۱ فکر غیرعقلانی است.	ادامه تمرین تشخیص افکار غیر عقلانی
هشتم	عمق بخشی به تسلط در شناسایی افکار غیر عقلانی	از اعضاء دیگر خواسته شد افکار مرتبط با مشکلشان را بر اساس ۱۱ فکر غیر عقلانی بیان کنند و تجربه هیجانی پس آیند افکارشان را تشخیص دهند	تمرین شناسایی افکار غیر عقلانی و تعیین پیامدهای هیجانی و رفتاری
نهم	توضیح نگرش باید اندیشی و ترجیح اندیشی	در مورد غیر عقلانی و غیر انطباقی بودن تفکر بایدی و پیامد آن بحث شد. چشمانداز ترجیح اندیشی و پیامدهای آن بررسی و بحث شد.	شناسایی افکار باید اندیشانه و جایگزینی آنها با افکار ترجیح اندیشانه
دهم	آموزش تشخیص افکار عقلانی از افکار غیر عقلانی براساس مالک های سودمندی، تجربی و منطقی، آموزش چگونگی زیر سؤال بردن و مقابله با افکار غیرعقلانی D	به اعضاء آموزش داده شد، چگونه تشخیص دهند افکارشان عقلانی است یا غیر عقلانی، همچنین شیوه زیر سؤال بردن افکار غیر عقلانی و مقابله با آنها آموزش داده شد.	زیر سؤال بردن باورهای غیر عقلانی و افکار باید اندیشانه با استفاده از کاربردگ مرتبط
یازدهم	تسلط یابی ارزیابی افکار و زیر سؤال بردن افکار غیرعقلانی، تهیه فهرستی از افکار عقلانی برای جایگزینی با افکار غیر عقلانی، آموزش مهارت حل مسئله	ز اعضا خواسته شد افکارشان را ارزیابی کنند و زیر سؤال ببرند و اشکالاتشان تصحیح شد. همچنین از آنها خواسته شد فهرستی از افکار عقلانی برای مقابله و جایگزینی با افکار غیر عقلانی تهیه کنند. مهارت حل مسئله آموزش داده شد.	ادامه ثبت روزانه افکار غیر عقلانی، زیر سؤال بردن آنها. و جایگزینی با افکار عقلانی
دوازدهم	اتخاذ فلسفه زندگی مبتنی برخودپذیری، دیگرپذیری و پذیرش زندگی به صورت غیر مشروط	به اعضا آموزش داده شد که چگونه خودشان و دیگران را انسانهایی ناکامل و ممکن الخطا ببینند	شناسایی باورهای باید اندیشانه، زیر سؤال بردن آنها و جایگزینی آنها با باورهای مبتنی بر خودپذیری، دیگرپذیری، زندگی پذیری
سیزدهم	شناسایی افکار و بایدهای مانع خودپذیری، دیگرپذیری و زندگی پذیری و شناسایی هیجانهای ناسالم مانع و جایگزینی آن با هیجانهای سالم	جهت عمق بخشی از اعضا خواسته شد بررسی کنند چه بایدهایی دارند که مانع پذیرش خودشان، دیگران و زندگی می شود و چه چیزی به خودشان بگویند که پذیرش را تسهیل کند و همچنین چه هیجانان ناسالمی دارند که مانع پذیرش است و به آنها کمک شد با استفاده از تصویرسازی ذهنی آنها را با هیجان سالم جایگزین کنند.	شناسایی باورها، هیجانان مانع پذیرش خود، دیگران و زندگی و چالش با آنها



چهاردهم	جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	نظر و احساس تمام اعضا در مورد جلسات بررسی شد. از اعضا خواسته شد که تعهد بدهند که به تمرینات ادامه دهند و به هر آنچه در دوره یادگیری گرفتند عمل کنند. پس آزمون اجرا گردید.	توصیه ثبت روزانه باورهای غیر عقلانی، زیر سؤال بردن آنه و تمرین واکنش نگرش مبتنی بر فلسفه پذیرش خود، دیگران، زندگی تا جلسه پیگیری گرفتن تعهد از آنها
پیگیری	ارزیابی تداوم اثر گروه بعد از یک ماه	مجدداً نظر اعضا در مورد دوره بررسی شد، همچنین در مورد تجربه شان در مورد این فاصله زمانی بررسی شد، آزمون پیگیری اجرا شد.	

### نتایج

حذف اثر پیش آزمون تفاوت موجود بین گروه کنترل و گروه های آزمایش با استفاده از نرم افزار SPSS-25 مورد بررسی قرار گرفت.

داده های حاصل از این پژوهش ابتدا با استفاده از روش های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار داده ها توصیف شدند و سپس با آزمون های آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری) پس از

جدول ۳. شاخص های توصیفی نمرات گروه های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در اجتناب، رضایت زناشویی، خودکارآمدی جنسی و مهارت های ارتباطی

گروه	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی		
پیش آزمون	۲۰	۱۶۳	۱۹۵	۱۷۶/۷۰	۹/۷۹۳	۰/۶۳۵	-۰/۵۳۴	اجتناب تجربی	عقلانی هیجانی
پس آزمون	۲۰	۱۳۱	۱۵۹	۱۴۶/۳۵	۷/۲۸۶	۰/۰۰۳	۰/۰۱۱		
پیگیری	۲۰	۱۲۵	۱۴۹	۱۳۲/۳۰	۶/۱۷۴	۱/۰۷۰	۱/۱۶۳		
پیش آزمون	۱۶	۱۶۷	۱۸۴	۱۷۴/۸۱	۵/۰۳۶	۰/۱۵۵	۰/۰۳۷	رضایت زناشویی	عقلانی هیجانی
پس آزمون	۱۶	۱۶۴	۱۹۵	۱۷۵/۵۰	۹/۲۰۱	۱/۰۹۹	۰/۹۹۳		
پیگیری	۱۶	۱۶۴	۱۹۵	۱۷۸/۱۹	۹/۷۳۸	۰/۵۷۸	-۰/۶۶۷		
پیش آزمون	۲۰	۱۶۴	۱۹۵	۱۷۷/۸۵	۸/۳۹۳	۱/۰۸۸	۱/۰۲۴	خودکارآمدی جنسی	اجتناب تجربی
پس آزمون	۲۰	۱۶۹	۲۰۲	۱۸۳/۲۰	۷/۸۸۵	۰/۷۴۳	۰/۹۷۸		
پیگیری	۲۰	۱۸۲	۲۱۸	۱۹۵/۹۵	۱۱/۰۰۹	۰/۳۷۱	-۰/۹۰۱		
پیش آزمون	۲۰	۳۲	۴۸	۴۲/۱۰	۴/۵۰۶	-۰/۷۸۶	-۰/۳۳۲	خودکارآمدی جنسی	اجتناب تجربی
پس آزمون	۲۰	۲۸	۳۵	۳۱/۴۵	۲/۰۳۸	۰/۱۴۲	-۰/۸۴۰		
پیگیری	۲۰	۲۴	۳۸	۳۰/۶۰	۲/۸۵۴	۰/۴۸۰	۲/۴۹۷		
پیش آزمون	۱۶	۲۵	۴۴	۳۲/۱۹	۵/۷۱۸	۱/۱۳۸	۰/۵۸۰	رضایت زناشویی	عقلانی هیجانی
پس آزمون	۱۶	۲۳	۴۵	۳۵/۸۱	۶/۵۲۴	-۰/۳۹۸	-۰/۴۷۵		
پیگیری	۱۶	۱۹	۳۹	۲۵/۶۳	۵/۸۶۴	۰/۷۰۰	-۰/۰۵۰		
پیش آزمون	۲۰	۳۲	۴۸	۳۹/۷۵	۵/۲۷۰	۰/۰۷۵	-۱/۲۷۳	خودکارآمدی جنسی	اجتناب تجربی
پس آزمون	۲۰	۳۳	۴۷	۴۰/۶۵	۴/۱۲۰	-۰/۴۴۴	-۰/۹۴۲		
پیگیری	۲۰	۳۳	۴۵	۴۰/۷۰	۳/۷۲۹	-۰/۶۷۹	-۰/۷۱۹		
پیش آزمون	۲۰	۲۰	۲۶	۲۱/۸۵	۲/۲۰۷	۱/۰۲۷	-۰/۵۷۵	خودکارآمدی جنسی	اجتناب تجربی
پس آزمون	۲۰	۲۲	۲۹	۲۴/۹۰	۱/۹۷۱	۰/۶۱۲	-۰/۵۲۴		
پیگیری	۲۰	۲۳	۳۰	۲۶/۱۵	۲/۰۰۷	۰/۵۵۳	-۰/۳۴۹		

عقلانی هیجانی	پیش آزمون	۱۶	۲۱	۳۲	۲۶/۴۴	۳/۳۴۶	۰/۲۵۹	-۰/۶۵۱
	پس آزمون	۱۶	۲۳	۳۸	۳۰/۰۶	۴/۷۸۱	۰/۴۳۷	-۱/۰۸۸
	پیگیری	۱۶	۲۲	۳۸	۲۹/۴۴	۴/۳۶۶	۰/۰۳۵	-۰/۵۲۰
کنترل	پیش آزمون	۲۰	۲۰	۲۶	۲۱/۵۵	۱/۷۹۱	۱/۴۹۷	۱/۴۵۱
	پس آزمون	۲۰	۲۰	۲۶	۲۱/۳۵	۲/۰۵۹	۱/۴۸۴	۰/۶۱۴
	پیگیری	۲۰	۲۰	۲۵	۲۱/۰۰	۱/۷۷۷	۱/۸۷۶	۲/۱۱۱
اکت	پیش آزمون	۲۰	۹۴	۱۰۶	۹۹/۸۵	۳/۳۶۰	۰/۰۳۳	-۰/۹۲۵
	پس آزمون	۲۰	۱۱۰	۱۳۵	۱۲۰/۱۰	۶/۴۶۴	۰/۶۷۱	۰/۴۰۹
	پیگیری	۲۰	۱۱۲	۱۳۷	۱۲۲/۶۵	۶/۲۶۸	۰/۸۶۴	۰/۹۰۹
عقلانی هیجانی	پیش آزمون	۱۶	۱۲۲	۱۵۷	۱۴۰/۲۵	۹/۷۳۳	-۰/۱۴۱	-۰/۳۰۷
مهارت های ارتباطی	پس آزمون	۱۶	۱۲۵	۱۶۲	۱۴۱/۰۰	۱۰/۸۷۵	۰/۴۱۳	-۰/۶۵۰
	پیگیری	۱۶	۱۲۰	۱۵۶	۱۳۴/۹۴	۱۰/۸۰۴	۰/۶۲۳	-۰/۵۵۷
کنترل	پیش آزمون	۲۰	۹۳	۱۰۶	۱۰۰/۴۵	۳/۱۳۷	-۰/۳۱۷	۱/۲۱۵
	پس آزمون	۲۰	۹۰	۱۰۵	۹۷/۱۵	۳/۸۹۷	-۰/۳۳۹	-۰/۰۰۶
	پیگیری	۲۰	۹۰	۱۰۵	۹۷/۳۰	۳/۲۹۴	-۰/۵۰۱	۱/۲۵۸

آزمون و پیگیری در فاصله دو انحراف معیار قرار دارد. اما در متغیرهای خودکارآمدی جنسی، کجی و کشیدگی توزیع نمرات گروه ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به استثنای نمرات پیگیری گروه کنترل، در فاصله دو انحراف معیار قرار دارد

جدول ۳، شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه گروه درمان پذیرش و تعهد، درمان عقلانی هیجانی و کنترل را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد که در متغیرهای اجتناب تجربی و رضایت زناشویی کجی و کشیدگی توزیع نمرات گروه ها در پیش آزمون، پس

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیری اثربخشی درمانها در پس آزمون و پیگیری نمرات اجتناب، رضایت زناشویی، خودکارآمدی جنسی و مهارت های ارتباطی

منبع	وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی میانگین مجذورات	F	معنی داری مجذور ای تا
گروه	اجتناب ۲	۱۳۹۳۴/۴۲۸	۲	۶۹۶۷/۲۱۴	۰/۱۸۹۵
	اجتناب ۳	۴۰۹۰۱/۵۱۲	۲	۲۰۴۵۰/۷۵۶	۰/۹۲۲
خطا	اجتناب ۲	۱۶۲۷/۶۶۹	۴۹	۳۳/۲۱۸	
	اجتناب ۳	۳۴۷۳/۰۸۱	۴۹	۷۰/۸۷۹	
کل	اجتناب ۲	۱۶۶۷۲/۶۷۹	۵۲		
	اجتناب ۳	۴۴۶۶۷/۲۸۳	۵۲		
گروه	رضایت زناشویی ۲	۹۱۱/۲۸۹	۲	۴۵۵/۶۴۴	۰/۵۹۳
	رضایت زناشویی ۳	۱۶۷۰/۷۱۱	۲	۸۳۵/۳۵۵	۰/۶۹۰
خطا	رضایت زناشویی ۲	۶۲۴/۲۹۸	۴۶	۱۳/۵۷۲	
	رضایت زناشویی ۳	۷۵۲/۳۰۲	۴۶	۱۶/۳۵۴	
کل	رضایت زناشویی ۲	۱۵۶۴/۸۸۰	۴۹		
	رضایت زناشویی ۳	۲۷۲۰/۸۸۰	۴۹		
گروه	خودکارآمدی جنسی ۲	۵۶۶/۹۳۶	۲	۲۸۳/۴۶۸	۰/۵۹۷
	خودکارآمدی جنسی ۳	۳۸۰/۰۷۲	۲	۱۹۰/۰۳۶	۰/۵۶۱
خطا	خودکارآمدی جنسی ۲	۳۸۳/۱۹۵	۴۸	۷/۹۸۳	
	خودکارآمدی جنسی ۳	۲۹۷/۰۳۴	۴۸	۶/۱۸۸	
کل	خودکارآمدی جنسی ۲	۱۰۷۲/۵۱۹	۵۱		
	خودکارآمدی جنسی ۳	۸۸۹/۳۰۸	۵۱		
گروه	مهارت های ارتباطی ۲	۶۳۲۵/۷۵۹	۲	۳۱۶۲/۸۷۹	۰/۷۶۹
	مهارت های ارتباطی ۳	۶۸۸۹/۸۰۷	۲	۲۴۴۴/۹۰۴	۰/۷۶۹

خطا	مهارتهای ارتباطی ۲	۱۸۹۸/۳۵۷	۴۸	۳۹/۵۴۹
	مهارتهای ارتباطی ۳	۱۷۸۳/۶۵۳	۴۸	۳۷/۱۵۹
کل	مهارتهای ارتباطی ۲	۱۷۲۴۸/۰۰۰	۵۱	
	مهارتهای ارتباطی ۳	۱۴۱۸۱/۴۴۲	۵۱	

دارد. بین گروه‌های درمانی در پس‌آزمون مهارتهای ارتباطی (F(2,48)=۷۹/۹۷۳, p<۰/۰۰۱, eta=۰/۷۶۹) و پیگیری مهارتهای ارتباطی (eta=۰/۷۹۴) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴، نشان می‌دهد که بین گروه‌های درمانی در پس‌آزمون (F(2,49)=۲۰۹/۷۴۴, p<۰/۰۰۱, eta=۰/۸۹۵) و پیگیری اجتناب (eta=۰/۹۹۲) تفاوت معنی‌داری (F(2,49)=۲۸۸/۵۳۰, p<۰/۰۰۱) وجود دارد. بین گروه‌های درمانی در پس‌آزمون رضایت زناشویی (F(2,46)=۳۳/۵۷۳, p<۰/۰۰۱, eta=۰/۵۹۳) و پیگیری رضایت زناشویی (eta=۰/۶۹۰) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بین گروه‌های درمانی در پس‌آزمون خودکارآمدی جنسی (F(2,48)=۳۵/۵۰۸, p<۰/۰۰۱, eta=۰/۵۹۷) و پیگیری خودکارآمدی جنسی (eta=۰/۵۶۱) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵. مقایسه‌های جفتی در اجتناب رضایت زناشویی، خودکارآمدی جنسی و مهارتهای ارتباطی

وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای معیار	معنی‌داری
اجتناب ۲	اکت	عقلانی هیجانی	-۲۶/۹۹۴	۲/۰۱۲	۰/۰۰۱
		کنترل	-۳۶/۶۳۷	۱/۸۴۸	۰/۰۰۱
	عقلانی هیجانی	اکت	۲۶/۹۹۴	۲/۰۱۲	۰/۰۰۱
		کنترل	-۹/۶۴۴	۲/۰۴۰	۰/۰۰۱
	اکت	عقلانی هیجانی	-۴۷/۶۸۹	۲/۹۳۹	۰/۰۰۱
		کنترل	-۶۲/۳۰۱	۲/۷۰۰	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی ۲	عقلانی هیجانی	اکت	۴۷/۶۸۹	۲/۹۳۹	۰/۰۰۱
		کنترل	-۱۴/۶۱۲	۲/۹۸۰	۰/۰۰۱
	اکت	عقلانی هیجانی	-۹/۹۳۳	۱/۸۰۲	۰/۰۰۱
		کنترل	-۱۰/۳۰۲	۱/۲۷۶	۰/۰۰۱
	عقلانی هیجانی	اکت	۹/۹۳۳	۱/۸۰۲	۰/۰۰۱
		کنترل	-۰/۳۷۰	۱/۵۵۴	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی ۳	اکت	عقلانی هیجانی	۳/۳۰۲	۱/۹۷۸	۰/۳۰۶
		کنترل	-۱۰/۵۴۷	۱/۴۰۱	۰/۰۰۱
	عقلانی هیجانی	اکت	-۳/۳۰۲	۱/۹۷۸	۰/۳۰۶
		کنترل	-۱۳/۸۴۹	۱/۷۰۶	۰/۰۰۱
	اکت	عقلانی هیجانی	-۶/۳۳۵	۱/۲۲۷	۰/۰۰۱
		کنترل	۴/۳۳۶	۰/۹۳۳	۰/۰۰۱
خودکارآمدی جنسی ۲	عقلانی هیجانی	اکت	۶/۳۳۵	۱/۲۲۷	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰/۶۷۱	۱/۲۸۱	۰/۰۰۱
	اکت	عقلانی هیجانی	-۱/۸۱۳	۱/۰۸۰	۰/۲۹۹
		کنترل	۵/۵۱۲	۰/۸۲۱	۰/۰۰۱
	عقلانی هیجانی	اکت	۱/۸۱۳	۱/۰۸۰	۰/۲۹۹
		کنترل	۷/۳۲۵	۱/۱۲۷	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۶/۵۷۲	-۲۵/۷۹۷	عقلانی هیجانی	اکت	مهارت‌های ارتباطی ۲
۰/۰۰۱	۲/۰۵۰	۲۱/۹۰۹	کنترل		
۰/۰۰۱	۶/۵۷۲	۲۵/۷۹۷	اکت	عقلانی هیجانی	
۰/۰۰۱	۶/۳۸۴	۴۷/۷۰۶	کنترل		مهارت‌های ارتباطی ۳
۰/۲۱۰	۶/۳۷۰	-۱۱/۸۰۱	عقلانی هیجانی	اکت	
۰/۰۰۱	۱/۹۸۷	۲۵/۰۷۷	کنترل		
۰/۲۱۰	۶/۳۷۰	۱۱/۸۰۱	اکت	عقلانی هیجانی	
۰/۰۰۱	۶/۱۸۸	۳۶/۸۷۸	کنترل		

جدول ۵ نشان می‌دهد که در پس آزمون اجتناب، میانگین نمرات گروه اکت (۱۴۶/۳۴) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه عقلانی-هیجانی (۱۷۳/۳۳) و گروه کنترل (۱۸۲/۹۸) است. میانگین گروه درمان عقلانی-هیجانی (۱۷۳/۳۳) نیز به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه کنترل (۱۸۲/۹۸) است. همچنین در نمرات پیگیری اجتناب نیز میانگین نمرات گروه اکت (۱۳۲/۲۹) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه عقلانی-هیجانی (۱۷۹/۹۸) و گروه کنترل (۱۹۴/۵۹) است. میانگین گروه درمان عقلانی-هیجانی (۱۷۹/۹۸) نیز به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه کنترل (۱۹۴/۵۹) است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و نتایج نشان می‌دهند که درمان اکت نسبت به درمان عقلانی هیجانی موثرتر است. از طرف دیگر، هر دو درمان نیز موثرتر از عدم درمان است. در پس آزمون رضایت زناشویی، میانگین نمرات گروه اکت (۲۹/۷۸) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه عقلانی-هیجانی (۳۹/۷۱) و گروه کنترل (۴۰/۰۸) است. بین میانگین گروه درمان عقلانی-هیجانی (۳۹/۷۱) و میانگین گروه کنترل (۴۰/۰۸) است. در پیگیری رضایت زناشویی، میانگین نمرات گروه اکت (۳۰/۰۳) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه کنترل (۴۰/۵۷) است ولی با میانگین گروه عقلانی-هیجانی (۲۶/۷۴) تفاوت معنی داری ندارد. میانگین گروه درمان عقلانی-هیجانی (۲۶/۷۲) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه کنترل (۴۰/۵۷) است. فرضیه دوم با این شرط تأیید می‌شود که درمان اکت در پس آزمون رضایت زناشویی از درمان عقلانی-هیجانی موثرتر است. درمان اکت در پیگیری نیز با درمان عقلانی-هیجانی تفاوت ندارد ولی بهتر از عدم درمان است. در پس آزمون خودکارآمدی جنسی، میانگین نمرات گروه اکت (۲۴/۴۹) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه عقلانی-هیجانی (۳۰/۸۳) و بالاتر از میانگین گروه کنترل (۲۰/۱۶) است. میانگین گروه درمان عقلانی-هیجانی (۳۰/۸۳) نیز به طور معنی داری بالاتر از میانگین گروه کنترل (۲۰/۱۶) است. همچنین در پیگیری خودکارآمدی جنسی، میانگین نمرات گروه اکت (۲۶/۳۹) تفاوت معنی داری با میانگین گروه عقلانی-هیجانی

(۲۸/۲۱) ندارد ولی از میانگین گروه کنترل (۲۰/۸۸) بالاتر است. میانگین گروه درمان عقلانی-هیجانی (۲۸/۲۱) نیز به طور معنی داری بالاتر از میانگین گروه کنترل (۲۰/۸۸) است. فرضیه سوم پژوهش با این شرط تأیید می‌شود که درمان اکت در پس آزمون موثرتر از درمان عقلانی-هیجانی است و در پیگیری تفاوت معنی داری ندارد. هر دو درمان در پس آزمون مهارت‌های ارتباطی، میانگین نمرات گروه اکت (۱۱۸/۰۶) به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه عقلانی-هیجانی (۱۴۳/۸۶) و بالاتر از میانگین گروه کنترل (۹۶/۱۵) است. میانگین گروه درمان عقلانی-هیجانی (۱۴۳/۸۶) نیز به طور معنی داری بالاتر از میانگین گروه کنترل (۹۶/۱۵) است. همچنین در پیگیری مهارت‌های ارتباطی، میانگین نمرات گروه اکت (۱۲۲/۱۶) تفاوت معنی داری با میانگین گروه عقلانی-هیجانی (۱۳۳/۹۶) ندارد، ولی به طور معنی داری از میانگین گروه کنترل (۹۷/۰۸) بالاتر است. میانگین گروه درمان عقلانی-هیجانی (۱۳۳/۹۶) نیز به طور معنی داری بالاتر از میانگین گروه کنترل (۹۷/۰۸) است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی بر اجتناب، رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی زوجین انجام شد. براساس یافته‌های حاصل، درمان اکت نسبت به درمان عقلانی هیجانی در کاهش اجتناب زوجین موثرتر است. ادبیات و پیشینه‌های موجود نشان داده‌اند که اگرچه درمان عقلانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به بهبود متغیرهای مرتبط با زندگی زناشویی از جمله رضایت زناشویی کمک کنند، اما متأسفانه بررسی علمی در زمینه اینکه کدام یک از این دو روش کارآمدتر هستند و به درمانگران در پیش‌برد و تسریع درمان این افراد کمک می‌کند، انجام نشده بود. براساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس، هر دو درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی بر کاهش

نتایج حاصل از فرضیه دیگر پژوهش نشان داد، درمان پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی زوجین از درمان عقلانی-هیجانی موثرتر است. درمان اکت در پیگیری نیز با درمان عقلانی-هیجانی تفاوت ندارد ولی بهتر از عدم درمان است. یافته حاصل با نتایج پژوهش‌های قبلی [۳۳-۳۰]، مبنی بر اثربخشی درمان اکت بر رضایت زناشویی، همسوئی دارد. درمان

پذیرش و تعهد با هدایت فرد به پذیرش جنبه‌های غیرقابل تغییر و غیرقابل اجتناب زندگی زناشویی از درگیر شدن فرد با هیجانات منفی نسبت به فرد مقابل می‌کاهد و علاوه بر این زوجین در «ارزیابی» (از الگوهای معیوب و واکنش ناکارآمد در

درمان پذیرش و تعهد) ویژگی‌هایی منفی را به یکدیگر نسبت می‌دهند که انگار از خصیصه‌های اصلی فرد مقابل است که

در واقع از طریق عدم شناسایی این دو حیطه مانع از ایجاد رضایت در روابط زناشویی می‌شود که در درمان‌پذیرش و تعهد تکیه بر این است که تغییر زمانی اتفاق خواهد افتاد که زوجین بتوانند به پذیرش جنبه‌های غیرقابل تغییر در زندگی زناشویی دست یابند.

براساس یافته دیگر پژوهش، درمان اکت در افزایش خودکارآمدی جنسی موثرتر از درمان عقلانی-هیجانی است و در پیگیری تفاوت معنی داری ندارد. هر دو درمان در پس آزمون و پیگیری بهتر از عدم درمان هستند. و این یافته با نتایج پژوهش‌های [۳۱ و ۳۳]، در یک راستا است. در درمان عقلانی هیجانی بر این فرض بنا شده است که افراد عقاید غیر منطقی عمده‌ای را دارند و حفظ می‌کنند که به طور اجتناب ناپذیری به تضعیف خود منجر می‌شود [۵۶] و اختلال هیجانی تا حد زیادی از افکار، عقاید یا سازه‌های ذهنی افراد ناشی می‌شوند و در واقع جایگزین کردن باورهای منطقی به جای باورهای غیرمعقول و جزمی از اصلی‌ترین بنیان‌های این درمان هستند [۵۷]. این در حالی است در خودکارآمدی جنسی نیز تمرکز بر باور افراد به اینکه آنها می‌توانند بر انگیزش و رفتارشان در موقعیت‌های جنسی کنترل داشته باشند، است [۵۸]. تجربیات جنسی فردی و روابط از طریق باورهای فرهنگی گسترده‌تری در مورد جنس و جنسیت شکل‌دهی می‌شوند. درمان عقلانی هیجانی از طریق نیرومندتر ساختن باورهای خودکارآمدی افراد را در مقابل

اجتناب، افزایش متغیرهای رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی جنسی زوجین به طور معنی داری موثر هستند. یافته حاصل با نتایج پژوهش‌های [۵۴-۵۵] در یک راستا است.

با وجود اینکه هر دو رویکرد به شکل متفاوتی مداخله می‌کنند اما وجوه مشترکی دارند، به عنوان مثال در تسهیل رضایت زناشویی، پذیرش از مداخله‌های مهم درمانی است که هر دو درمان به آن می‌پردازند، درمان عقلانی هیجانی نگاه منعطف و واقع بینانه‌ای به انسان دارد، محدودیت‌های انسان را موردنظر

قرار می‌دهد، بدین معنی که نگاه بایداندیشانه و ایده‌آل-گرایانه را غیرعقلانی می‌داند، انسان را موجودی ممکن الاخطا در نظر می‌گیرد که یکی از ویژگی‌هایی است که می‌تواند هنگام بروز مشکلات به زوجین در انعطاف‌پذیری بالاتر و دنبال حل مساله بودن به جای فرار و اجتناب کمک نماید [۴۰]. بدین ترتیب در این درمان، زوجین با جایگزین کردن دیدگاه عقلانی ترجیح‌اندیشی با باید اندیشی و افزایش انعطاف‌پذیری، یاد گرفتند نسبت به مشکلات خود و همسر پذیراتر باشند و مشفقانه‌تر برخورد کنند.

از طرفی پذیرش در درمان پذیرش و تعهد به شکل ویژه‌ای از مفاهیم اصلی درمان است، در این درمان مراجع یاد می‌گیرد بین آنچه می‌شود تغییر داد و هر آنچه نمی‌توان تغییر داد، تمایز قائل شود و زمانش را بیهوده صرف تغییر آنچه غیرقابل تغییر است، نکند و در عوض روی ارزش‌هایش تمرکز کند، رفتار مؤثر و متعهدانه داشته باشد و در برخورد با خطاها و اشتباهات طرف مقابلش به شیوه سازنده و منعطفانه برخورد نموده و به زندگی‌اش غنا بخشد. پذیرش به جای اجتناب مورد تمرکز قرار می‌گیرد و موانع فکری و هیجانی شناخته می‌شوند و فرد با برخورد صحیح با این افکار و هیجانات بدون اینکه غرق آنها شود، تمایل پیدا می‌کند که بدون اینکه از آنها اجتناب کند، تجربه‌شان کند.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش علامت هدف درمان نیست، زیرا چنین موضعی بر این باور استوار است که تلاش مداوم برای خلاص شدن از شر علائم خود می‌تواند اختلالی بالینی ایجاد کند که یکی از این تلاش‌ها، فرار فرد از یک موقعیت ناخواسته‌ی درونی یا کوشش‌هایی است که به منظور کنترل و یا حذف تجربه فوری یک رویداد درونی منفی مثل یک فکر، احساس، خاطره یا احساس بدنی منفی، صورت می‌گیرد که به آن اجتناب تجربه‌ای می‌گویند [۲۴]. بنابراین در این درمان فرد با پذیرش هرآنچه که غیرقابل تغییر است از این‌گریز بدون توقف‌رهایی می‌یابد.

در تبیین اثربخشی بالاتر درمان عقلانی هیجانی نسبت به درمان پذیرش و تعهد بر افزایش مهارت های ارتباطی زوجین می توان چنین استدلال نمود که درمان عقلانی هیجانی، انتظارات و باورهای غیرمنطقی که منجر به اختلال هیجانی و ارتباطی شده را کشف می کند و سپس از لحاظ تجربی یا واقع گرایانه این باورها و انتظارات مخرب را زیر سوال می برد و در درمان عقلانی

هیجانی تاکید بر این است که ریشه مشکلات ارتباطی را در باورهای انفرادی هریک از زوجین نسبت به دیگری باید جست و جو کرد.

مهم ترین محدودیت پژوهش حاضر، روش نمونه گیری در دسترس بود که از میان جامعه آماری چهار مرکز مشاوره انتخاب شد به همین سبب در تعمیم یافته ها باید احتیاط نمود. براساس یافته های حاصل پیشنهاد می شود، در بخش های مشاوره و درمان و در نهادهای مختلف جامعه از رویکردهای عقلانی، هیجانی و پذیرش و تعهد در قالب آموزش ها و آماده سازی زوجین متناسب با جایگاه فرهنگی پیش از ازدواج بهره گرفته شود.

موانع احتمالی ایمن تر می سازد و در واقع، خودکارآمدی جنسی، پیش گو کننده ی

عملکرد جنسی و به عنوان یک میانجی قوی بین عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی عمل می کند که از طریق درمان عقلانی هیجانی باور افراد به اینکه آنها می توانند بر انگیزش و رفتارشان در موقعیت های جنسی کنترل داشته باشند [۳۹] تقویت می شود. درمان عقلانی هیجانی به بخشی

از اختلال عملکرد جنسی می تواند اثر مطلوب بگذارد که ناشی از باورهای ناکارآمدی و ضعف در این باورها یا وجود باورهای غیرمنطقی و غیرمعقول باشد.

یافته نهایی پژوهش نشان داد، درمان عقلانی هیجانی نسبت به درمان پذیرش و تعهد، اثربخشی بالاتری در افزایش مهارت های ارتباطی زوجین دارد. در راستای اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان عقلانی هیجانی نتیجه حاصل، با نتایج پژوهش های [۳۶ و ۱۷] در یک راستا است.

## منابع

7. Haris A, Kumar F. Marital Satisfaction and Communication Skills among Married Couples. *Indian Journal of Social Research*. 2018; 59(1): 35-44.

۸. رحیم پور، فرزانه؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ نریمانی، محمد. مقایسه اثربخشی دو برنامه آموزشی تاب آوری و مهارت های ارتباطی بر سازگاری زناشویی دانشجویان. فرهنگ در دانشگاه اسلامی. ۱۳۹۶؛ ۲۲(۲): ۳۳-۵۴.

9. Hargie O, Dickson D. Skilled interpersonal communication. New York: Routledge. 2016.

10. Lavner JA, Karney BR, Bradbury TN. Does Couples Communication Predict Marital Satisfaction, or Does Marital Satisfaction Predict Communication? *J Marriage Fam*. 2017; 78(3): 680-94.

11. Al Fazari MA, Sabri M, Abdelfattah A. Factors Predicting Marital Adjustment in Omani Society *Int J Psychol Behav Anal* 2017; 2: 131.

۱۲. معصومی، سمیرا؛ رضائیان، حمید؛ حسینیان، سیمین. پیش بینی رضایت جنسی براساس الگوهای ارتباطی زوجین. دو فصلنامه مطالعات زن و خانواده. ۱۳۹۶؛ ۵(۱): ۷۹-۱۰۱.

۱۳. سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی، ترجمه پورافکاری، نصرت الله. ۱۳۹۱؛ تبریز: شهرآب.

14. Bond JC, Morrison DM, Hawes SE. Sexual self-efficacy and entitlement to pleasure: The association of the female sexual subjectivity inventory with

1. Anderson H, Gehart D. (Eds.). Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference. Routledge. 2012.

2. Eifert GH, Forsyth JP, Arch, J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16(4): 368- 85.

3. Lawson R, Waller G, Lockwood R. Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features. *Eating Behaviors*. 2006; 8(3): 305-10.

3. Hershenberg R, Mavandadi S, Wright E, Thase ME. Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: a pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of affective disorders*. 2017; 208: 414-17.

4. Perlowski KM, Wright LE. The influence of perceived job flexibility and spousal support on the marital satisfaction of parents of children with special needs. *Community, Work & Family*. 2021; 24(1): 1-19.

5. Ince Ş, Işık, E. The Mediating Role of Five Love Languages between Differentiation of Self and Marital Satisfaction. *The American Journal of Family Therapy*. 2021; 1-17.

6. Fovwe CE. Marital satisfaction, job satisfaction and psychological health of secondary school teachers in nigeria. *Health*. 2013; 5(4): 663-68.

۲۵. هراتیان، عباسعلی؛ جان بزرگی، مسعود؛ آگاه هریس، مژگان؛ موتابی، فرشته؛ صفوراپی پاریزی، محمدمهدی. رابطه روان بنه های ناسازگار اولیه و باورهای غیرمنطقی با تعارض زناشویی، نقش تعدیل کننده دینداری. فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده. ۱۳۹۹؛ ۵۱: ۹۱-۱۱۵.

26. Ellis A, Harper RAA. New guide to rational living. North Hollywood, C A. 1975.

27. Dryden W. Rational emotive behaviour therapy: Distinctive features. Routledge. 2021.

28. Russo-Netzer P, Ameli M. Optimal Sense-Making and Resilience in Times of Pandemic: Integrating Rationality and Meaning in Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12: 772.

۲۹. جعفری، الهه؛ دهقانی، اکرم. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان مرد. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی. ۱۳۹۷؛ ۱۳(۵۱): ۸۳-۶۳.

۳۰. کلال قوچان عتیق، یاسر؛ سرای، فاطمه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۳۹۵؛ ۱۸(ویژه نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی).

۳۱. مرادزاده، فریبا؛ پیرخواستی، علیرضا. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متأهل اداره بهزیستی. روان پرستاری. ۱۳۹۶؛ ۵(۶): ۱-۷.

32. Hosseini N, Lau PL, Baranovich DL. Enhancing marital satisfaction through acceptance and commitment therapy: A review of marital satisfaction improvement of Iranian couples. *International Journal of Education, Psychology and Counseling*. 2019; (4): 53-60.

33. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2020; (263): 107-120.

34. Levin ME, Krafft J, Davis CH, Twohig MP. Evaluating the effects of guided coaching calls on engagement and outcomes for online acceptance and commitment therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2021; 1-14.

۳۵. خطیبی، سمیه؛ باقرزاده گلمکانی، زهرا. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مسئولیت‌پذیری و کیفیت روابط بین‌فردی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱): ۱۲۳-۱۱۵.

۳۶. اعتمادی، ناهید؛ صادقی، سعید. آموزش گروهی با رویکرد رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر رضایت زناشویی زوجین. دومین

sexual risk taking and experience of orgasm. *Archives of sexual behavior*. 2020; 49(3): 1029-38.

۱۵. زارع، درخشان؛ احترام، روشن؛ چسلی، رسول. رابطه بین رضایت جنسی، خودکارآمدی جنسی و شادکامی بر رضایت زناشویی: نقش میانجی ناگویی هیجانی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱): ۱-۱۶.

۱۶. قدم خیر، میترا؛ قمری گیوی، حسین؛ میکاییلی، نیلوفر؛ سپهری شاملو، زهره. اثربخشی مداخله‌ی مبتنی بر رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی زنان. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی. ۱۳۹۲؛ ۸(۲۹): ۳۶-۲۷.

۱۷. کاوسیان، جواد؛ حریفی، حسنیه؛ کریمی، کامبیز. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج ها. مجله سلامت و مراقبت. ۱۳۹۶؛ ۱۹(۱): ۸۷-۷۵.

۱۸. کلال قوچان عتیق، یاسر؛ سرای، فاطمه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۳۹۵؛ ۱۸(ویژه نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی).

۱۹. محمدی، الهام؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ فرزاد، ولی‌الله؛ صالحی، مهدیه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۳۹۶؛ ۱۷(۲): ۳۵-۲۶.

۲۰. دادخواه اصل، عبدالله؛ غفاری، عذرا. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در رضایت زناشویی در زوجین. دومین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، استانبول، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا. ۱۳۹۴.

21. Serfaty M, Armstrong M, Vickerstaff V, 11. Davis S, Gola A, McNamee P, ... & Low JT. Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT): A feasibility randomised controlled trial. *Psycho Oncology*. 2019; 28(3): 488-96.

22. Han A, Yuen HK, Lee HY, Zhou X. Effects of acceptance and commitment therapy on process measures of family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020.

23. Hayes SC, Levin M, Plumb J, Boulanger J, Pistorello J. Acceptance commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of A Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*. 2011; 44(2): 180-98.

۲۴. امید، مجید؛ قاسم زاده، سوگند؛ دهقان، حمیدرضا. اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و نقص پردازش‌های شناختی - هیجانی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. مجله مطالعات ناتوان. ۱۳۹۷؛ ۸: ۸۷-۸۷.

Available from: <http://www.queendom.com/comunic.html>.

۴۹. حسین چاری، مسعود؛ فداکارداورانی، محمدمهدی. بررسی تاثیر دانشگاه بر مهارت های ارتباطی بر اساس مقایسه دانش آموزان و دانشجویان. ۱۳۸۴؛ ۱۲(۱۵) (ویژه مقالات علوم تربیتی ۵): ۲۱-۳۲.

۵۰. وزیر، شهرام؛ لطفی کاشانی، فرح. خود کارآمدی جنسی و رضایت جنسی. همایش روانشناسی و مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن. ۱۳۸۷.

51. Schwarzer R. General Perceived Self Efficacy Scale. Freie University Berlin, Psychology, Habelschwerdt Alee. 1993; 45.

۵۲. وزیر، شهرام؛ لطفی کاشانی، فرح. بررسی ساختار عاملی، پایایی و اعتبار پرسشنامه ی خودکارآمدی جنسی. اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی. ۱۳۹۲؛ ۸(۲۹): ۴۷-۵۶.

۵۳. رویین تن، سجاده؛ آزادی، شهدخت؛ خرامین، شیر علی. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و اجتناب تجربه ای در بیماران PTSD. مجله علوم پزشکی زانکو. ۱۳۹۹؛ ۲۱(۷۰): ۲۱-۳۱.

54. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16(4): 430-42.

55. Warren JM. School counselor consultation: Teachers' experiences with rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2013; 31(1): 1-15.

۵۶. درآیدن، ویندی؛ نینان، مایکل. رفتاردرمانی عقلانی هیجانی مختصر و مفید. ترجمه فیروزبخت، مهرداد. ناشر: دانژه. ۱۳۹۲.

57. Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4. New York: Academic Press. 1994; 71-81.

کنفرانس بین المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، استانبول، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا. ۱۳۹۴.

۳۷. مباحثی، فرشته؛ ثناگوی محرر، غلام رضا. اثربخشی درمان عقلانی هیجانی ایس بر تحمل اشفتگی و کیفیت زندگی زنان در استانه طلاق شهر زاهدان. مجله راهبردهای نو در روانشناسی و علوم تربیتی. ۱۳۹۹؛ ۷: ۲۳-۳۶.

۳۸. وزیر، شهرام؛ لطفی کاشانی، فرح؛ مسعودنیا، فاطمه. اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر رضایت جنسی زنان متأهل. کنگره ملی خانواده سالم، انجمن مشاوره ایران، دانشگاه شهید چمران. ۱۳۹۴.

۳۹. اسفندیاری بیات، داریوش؛ اسدپور، اسماعیل؛ محسن زاده، فرشاده؛ کسایی، عبدالرحیم. مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی - هیجانی - رفتاری (REBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان بخشودگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۱۴۰۰؛ ۲۰(۹۷): ۱۳۹-۱۴۸.

۴۰. ایس، آلبرت؛ آلن هارپر، رابرت. زندگی عاقلانه. ترجمه فیروزبخت، مهرداد. انتشارات رشد. ۱۴۰۰.

41. Russell CB. The third wheel: The impact of Twitter use on relationship infidelity and divorce. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014; 17(7): 425-430.

۴۲. بازرگان هرندی، عباس؛ حجازی، الهه؛ سرمد، زهره. روش های تحقیق در علوم رفتاری. نشر آگه. ۱۳۹۲.

43. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Fruitville, Florida: Professional Resource Press. 1994.

۴۴. سلیمانی صفت، عرفان؛ سعادت، هیمن؛ عظیمیان، ثریا؛ امانی، شهین؛ صالح منیجه، هیوا؛ لشنی، لیلا. ویژگیهای روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه اجتناب یانگ و ریگ. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳۹۶؛ ۲۳(۲): ۲۴۳-۲۳۲.

45. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy*. 1989; 15(1): 65-79.

46. Olson DH, Olson AK. Empowering couples: PREPARE/ENRICH Program. *Marriage & Family: A Christian Journal*. 2000.

47. Isma MNP, Turnip SS. Personality traits and marital satisfaction in predicting couples' attitudes toward infidelity. *Journal of Relationships Research* 2019; 10.

48. Jerabek I. Communication Skills Inventory revised. *Body - Mind Queen Dom*. 2004.