

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نوسانات خلقی، کیفیت خواب و بهبود عملکرد جنسی در زنان یائسه

فرزانه ابراهیمی^۱، زیبا ایرانی برقی^۲، مهناز علی اکبری دهکردی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۲)

Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Mood Swings, Sleep Quality and Sexual Performance in Postmenopausal Women

Farzaneh Ebrahimi¹, *Ziba Barghi Irani², Mahnaz Aliakbari Dehkordi³

1. M.A in Clinical Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Jul. 28, 2021 - Accepted: Apr. 11, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on mood swings, sleep quality and sexual function in postmenopausal women. **Method:** The research method was quasi-experimental type with pre-test and post-test design with experimental and control group. The statistical population of this study was all postmenopausal women referring to health centers in 7 District of Tehran in the first quarter of 1397. From this community, 30 people were selected and assigned to two experimental and control groups. Thirty women were selected from the statistical population based on the available sampling method, the experimental group was 15 and the control group was 15. The data was collected using a questionnaire by Watson et al. (1988), The woman's Sexual Function index of Rosen et al (2000). And Pittsburgh sleep Quality index (1989). Then, multivariate analysis of covariance (statistical) Method was used to analyze the data. **Findings:** The findings showed that acceptance and commitment therapy can improve sexual function, reduce negative mood and sleep Quality in postmenopausal women. **Conclusion:** This treatment in contrast to cognitive therapy targets avoidance for their therapies in order to experience rather than control or change the negative assessments and creates a major opening. Therefore, Acceptance and commitment therapy can be used for improving sexual function, improving people's mood and increasing sleep Quality in postmenopausal women.

Keywords: Treatment of Acceptance and Commitment, Mood Swings, Sleep Quality, Sexual Function, Postmenopausal Women.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر نوسانات خلقی، کیفیت خواب و عملکرد جنسی در زنان یائسه بود. **روش:** در یک طرح توصیفی-همبستگی، تعداد ۳۰ نفر (۲۰ زن، ۱۰ مرد) از روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقه هفت شهر تهران در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ بود. از بین این جامعه تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. از جامعه آماری مورد نظر بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از زنان برگزیده شدند، گروه آزمایشی شامل ۱۵ نفر و گروه کنترل نیز شامل ۱۵ نفر بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۸)، شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۰) و کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹) استفاده شد. سپس با استفاده از روش کواریانس چند متغیری نسبت به تحلیل داده‌ها پرداخته شد. **یافته‌ها:** نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی، کاهش خلق منفی و کیفیت خواب در زنان یائسه موثر می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** این روش درمانی اجتناب‌ها را هدف درمانی خود قرار می‌دهد تا به‌منظور تجربه‌کردن به جای کنترل یا تغییر دادن ارزیابی‌های منفی یک بازگشایی اساسی بوجود آورد. بنابراین می‌توان گفت از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود عملکرد جنسی، خلق و افزایش کیفیت خواب در زنان یائسه می‌توان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، نوسانات خلقی، کیفیت خواب، عملکرد جنسی، زنان یائسه.

*نویسنده مسئول: زیبا ایرانی برقی

*Corresponding Author: Ziba Barghi Irani

Email: Dr.ziba.irani@gmail.com

مقدمه

یکی از اهداف اصلی و مهم نهضت زنان، پرورش و آماده سازی زنان و مادرانی آگاه و تواناست که بتوانند با مسائل روزمره زندگی خود مثل بلوغ، بارداری، یائسگی، انواع بیماری‌های شایع در زنان و بسیاری مشکلات دیگر، سازگار شده و زندگی شاد و پرباری را تجربه نمایند، از جمله مسائلی که گریبانگیر زنان می‌شود مسئله یائسگی است (جعفری، ۱۳۸۹).

یائسگی^۱ یک مرحله طبیعی از زندگی زنان است و زمانی روی می‌دهد که زنان، قدرت باروری خود را از دست می‌دهند. تخمدان‌ها قدرت کافی برای انجام اعمال فیزیولوژیک و طبیعی دوران باروری خود را ندارند و تخمک‌گذاری اتفاق نمی‌افتد (سراتی^۲، ۲۰۱۰). در این مرحله ابتدا قاعدگی‌ها نامنظم شده و سپس فرد، قطع دائمی قاعدگی را تجربه می‌کند. یائسگی قطعی، هنگامی اتفاق می‌افتد که زنان یک سال از آخرین قاعدگی‌شان گذشته باشد که معمولاً این امر در سنین ۴۵ تا ۵۵ سالگی و به طور متوسط در ۵۰ سالگی رخ می‌دهد. یائسگی، بیماری نیست و نارسایی یا نقص تلقی نمی‌شود و به‌طور عمومی برای فرد مشکل ساز نیست. یائسگی در زنان متفاوت است و تغییری طبیعی و لازم در زندگی است (علی‌بیگی، ۱۳۹۳).

دوران یائسگی مانند هر دوره دیگر زندگی از جمله دوران بلوغ، جوانی یا بارداری مشکلات و مزایایی را به همراه دارد، با این تفاوت که در دوران یائسگی فرد با تجربه است و توانایی

برخورد با مشکلات و حل و فصل مسائل را دارد. درصد زیادی از زنان در این دوران علائم شدیدی را متحمل می‌شوند که باعث ایجاد اختلالات خلقی و رفتاری، گرگرفتگی، افسردگی، تعریق، اختلالات خواب، تغییر در عملکرد جنسی و حالات تهاجمی در رفتار می‌گردد، در برخی مواقع وقوع حالات فوق باعث ایجاد اختلالات شدیدی در روابط اجتماعی خانوادگی و شخصیتی فرد می‌شود (دلشاد نوقابی، ۱۳۹۱).

تغییرات خلق و خو و عصبی شدن، به عنوان مهمترین عوارض یائسگی نامگذاری شده است (ندیمی، ۱۳۹۴). حدود ۴۷ درصد زنان یائسه طی سه ماهه اول یائسگی تغییرات خلق و خو را بطور بسیار شدید تجربه می‌کنند. باور عمومی بر این است که اختلالات و تغییرات هورمونی بر کسب خلق منفی در زنان یائسه موثر است و شاید یکی از دلایل اصلی این مسئله باشد (محمد علیزاده، ۱۳۹۱). بطور کلی بسیاری از مطالعات نشان داده اند که خلق‌های منفی و استرس و افسردگی تاثیر منفی دوران یائسگی می‌باشند. اختلالات خواب به دلیل تعریق زیاد زنان در دوران یائسگی، یکی دیگر از مشکلات شایع زنان در این مرحله از زندگی بوده و شایع می‌باشد. زمانی که زنان در هنگام خواب دچار گرگرفتگی می‌شوند، با مشکل تعریق شبانه نیز مواجه خواهند شد؛ این عرق کردن‌ها در طول شب باعث بی‌خوابی و احساس خستگی در طول روز می‌شود (ازگلی، ۱۳۹۱). شیوع مشکلات خواب در زنان یائسه تا ۶۵٪

گزارش شده است (گونه راتنه^۱، ۲۰۰۸).

خواب از ضروریات حیات است که سبب تجدید قوای روحی، روانی و جسمی می شود و همواره از آن به عنوان یکی از اساسی ترین نیازهای بشر یاد شده است. بی خوابی اثرات عمده منفی بر کیفیت زندگی افراد دارد و سبب کاهش میزان عملکرد روزانه از نظر جنبه های فیزیکی، روانی و اجتماعی می شود. از دیگر آثار یائسگی در زنان عملکرد جنسی است (کندی، ۱۳۹۷). برخی از زنان در این مرحله از زندگی خود دچار کاهش عملکرد جنسی می شوند که می توان به خشکی واژن (به دلیل کاهش سطح هورمون های استروژن)، احساس ناراحتی داشتن در رابطه جنسی، میل جنسی کم و نیاز سریع به ادرار کردن (علائم سندروم تناسلی ادراری یائسگی) اشاره کرد (چرمچی، ۱۳۹۵). مهمترین عوامل ایجادکننده اختلالات جنسی در این دوره شامل تغییرات فیزیولوژیک جسمی، مشکلات روان شناختی و فقدان دانش جنسی می باشد که این مسائل سبب می شود دوره یائسگی بسیار پرمخاطره گردد (هارتموت و جاکوز^۲، ۲۰۰۶)؛ چرا که اختلالات جنسی نیز بصورت متقابل با ایجاد و یا تشدید مشکلات روان شناختی موجبات تخریب بهداشت روان خانواده می شود.

علاوه بر دارودرمانی برای کمک به بهبود علائم یائسگی در زنان، به درمان های روان شناختی نیز اشاره شده است. یکی از درمان هایی که می تواند برای کمک به زنان یائسه مفید باشد و تاکنون در پژوهش ها برای کمک به زنان یائسه به آن توجه

نشده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصا زمانی که باعث آسیب های روان شناختی می شوند، مرتبط اند (آلونسو و فرناندز^۴، ۲۰۱۶).

این درمان یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شش فرایند اصلی شامل پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه (ذهن آگاهی)، ارزش ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف پذیری شناختی استفاده می کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با چالش های روزمره مقابله کنند (اسموت و لانگو^۵، ۲۰۱۰).

با توجه به این که تعداد زیادی از زنان دچار مشکلات یائسگی هستند و با توجه تاثیری که این مشکل می تواند بر زندگی زنان داشته باشد و نظر به مسؤولیت های خطیر خانوادگی و اجتماعی که آنها به عهده دارند، لازم است در زمینه ارتقای سلامت جسمی و روانی زنان مبتلا سرمایه گذاری های کافی صورت گیرد و بهای

3. Acceptance And Commitment Therapy (ACT)

4. Alonso, Fernandez

5. Smout, Longo

1. Gooneratne

2. Hartmut, Jacques

لازم داده شود.

روش

با توجه به مشکلات ناشی از یائسگی، تاکنون راه‌های متفاوتی نظیر درمان‌های دارویی و درمان‌های غیردارویی برای رفع علائم این بیماری پیشنهاد شده است. اما کماکان افراد براساس باورهای سنتی خویش میل به دارو درمانی دارند. در این راستا استفاده از تحقیقات روانشناختی جهت پرداختن به حل مسئله یائسگی از اولویت خاص برخوردار است و در این رابطه بحث درمان‌های روانشناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان کم‌خطرترین و کم‌خرج‌ترین روش‌ها جهت رفع شدت علائم یائسگی است (چرمچی، ۱۳۹۵).

از ضرورت‌های اجرای پژوهش حاضر این می‌باشد که با توجه به بررسی مطالعات انجام شده تاکنون میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم یائسگی صورت نگرفته است و مطالعه حاضر به بررسی میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد که این امر در تصمیم‌گیری درمانگران جهت انتخاب بهترین روش درمانی کمک شایانی خواهد کرد. بر اساس مطالعات پیشین پژوهشی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب، نوسانات خلقی و عملکرد جنسی زنان یائسه یافت نشد، لذا در راستای رفع این خلاء پژوهشی به این سوال پاسخ داده می‌شود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نوسانات خلقی، کیفیت خواب و عملکرد جنسی در زنان یائسه موثر است؟

روش پژوهش مطالعه حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ گردآوری داده‌ها، طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون است. جامعه آماری این تحقیق را تمامی زنان یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقه هفت شهر تهران در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری فوق به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار می‌گیرند. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل مقیاس عاطفه مثبت - منفی واتسون و همکاران (۱۹۸۸)، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۰) و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹) استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش: عدم مصرف داروهای روانپزشکی، تمایل به همکاری در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش: عدم تمایل به همکاری در پژوهش و بیشتر از دو جلسه غیبت در جلسات آموزشی. ملاحظات اخلاقی: در پژوهش حاضر سعی شد پیش از شروع کار شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع باشد و مشارکت در تحقیق موجب هیچگونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نخواهد شد. همچنین از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت گردید و نتایج در صورت تمایل برای آنها تفسیر خواهد شد.

۱) ساختار کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در جدول ۱ ارائه شده است (هیز^۱ و همکاران، محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۰۰۶).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، بحث در مورد رازداری
دوم	سنجش عملکرد و درماندگی خلاق
سوم	معرفی کنترل به عنوان یک مساله و معرفی تمایل / پذیرش با استعاره دستگاه پلی گراف
چهارم	کنترل مساله، اشاره به احساس پاک و ناپاک و بررسی تعهد رفتاری
پنجم	ایجاد گسلش و تعهد رفتاری
ششم	بررسی واکنش به جلسه قبل و بررسی ارزش ها
هفتم	خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و بررسی ارزش ها
هشتم	استعاره حباب، استعاره نهال و ارزیابی تعهد به عمل

۲) مقیاس عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران:

۳) مقیاس عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران:

شاخص عملکرد جنسی زنان با ۱۹ سوال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می سنجد. در مورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سؤال‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست آمد (از آنجا که در پرسشنامه FSFI، تعداد سوالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌گردد). نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال‌های ۱- حوزه میل، ۲- حوزه تهییج جنسی، ۳- رطوبت مهبل، ۴- ارگاسم، ۵- درد و ۶-

این مقیاس توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۸) ساخته و اعتباریابی شده است. این مقیاس ۲۰ سوالی دو زیرمقیاس مثبت و منفی دارد که هر کدام از آنها ۱۰ سوال را شامل می‌شوند. واتسون و همکاران (۱۹۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۸۸/۰ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۸۷/۰ گزارش کردند. هم چنین اعتبار بازآزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۶۸/۰ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۷۱/۰ به دست آمد. بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴) با استفاده از تحلیل عاملی نشان دادند که الگوی دو عاملی عاطفه مثبت و منفی بهترین الگو برای این مقیاس است و ضریب اعتبار دو خرده مقیاس آن ۷۸/۰ بوده است. همچنین، در پژوهش زکی‌بی و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۸۲/۰ به دست آمده

رضایت‌مندی جنسی (۵-۱ یا ۰) است. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. با جمع کردن نمرات شش حوزه باهم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به این ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. حداقل نمره برای حوزه میل جنسی (۱/۲)، حوزه تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و درد (۰) و حوزه رضایت‌مندی (۰/۸) و برای کل مقیاس حداقل نمره برابر ۲ خواهد بود. نقطه برش برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها به ترتیب عبارت هستند از: کل مقیاس ۲۸، میل ۳/۳، تحریک روانی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایت‌مندی ۳/۸ و درد جنسی ۳/۸. به عبارت دیگر نمرات بیشتر از نقطه برش مبین عملکرد خوب است. در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سؤالات محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که با نتایج تحقیقات روزن و همکاران (۰/۸۹ یا بالاتر)، تحقیقات مستون (۰/۷۴ یا بالاتر) و ویگل و همکاران (۰/۸۰ یا بالاتر)، هماهنگی دارد. مطالعه روزن و همکاران، روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه روزن و همکاران پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. بر

اساس نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هریک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و بدون اختلال وجود دارد که نشانگر اعتبار (روایی) تمیزی این ابزار است. شاخص عملکرد جنسی زنان با ۱۹ سوال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی می‌سنجد. پرسشنامه مذکور در تحقیقات خارج از کشور به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است (به عنوان مثال دارگیس و همکاران، ۲۰۱۲). این مطالعات درجه بالایی از همسانی درونی و پایایی را نشان داده است و همچنین از نظر اعتبار یا روایی نیز تفاوت معنادار قابل ملاحظه‌ای بین نمرات گروه بیماران و گروه کنترل در هر ۶ حوزه را نشان داده است، در حالی که مقیاس‌های قبلی فاقد دقت تشخیصی کافی در طیف وسیعی از گروه‌های بالینی بوده‌اند (مارکوس و ریموند، ۲۰۰۵). یکی از امتیازات این ابزار کوتاه بودن پرسشنامه و جامع بودن آن (شامل کلیه ابعاد کلیدی عملکرد جنسی زنان) است. محمدی و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در دو گروه زنان دارای اختلال عملکرد جنسی و گروه کنترل پرداختند. میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد که برای کل افراد بالاتر از ۰/۷۰ محاسبه شد که نشانگر پایایی خوب این ابزار است. بررسی اعتبار یا روایی نسخه فارسی تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌ها

در دو گروه مورد و کنترل نشان داد. بنابراین نتایج به طور کلی نشان دهنده مشخصات روانسنجی قابل قبول و مناسب می باشد

(۴) پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ:

این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتسبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سوال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. دکتر بویس و همکاران (۱۹۸۹) که این پرسشنامه را برای اولین ساخته و معرفی کردند انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند. در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۶ و

پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (شهری فر، ۱۳۸۸؛ به نقل از حیدری، احتشام زاده و مرعشی، ۱۳۸۹). همچنین در پژوهشی دیگر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۴۶ و به روش تنصیف ۰/۵۲ به دست آمد.

یافته ها

در مطالعه حاضر میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۳۹/۱۰ با انحراف معیار ۹/۵۳ بدست آمده است. در این بخش ابتدا یافته های توصیفی و سپس یافته های استنباطی گزارش می شود. در این قسمت یافته های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای عملکرد جنسی و مقیاس عاطفه مثبت - منفی و توزیع فراوانی و درصد فراوانی کیفیت خواب در هر دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
میل جنسی	کنترل	۳/۱۴	۰/۵۸	۳/۱۶	۰/۶۱
	آزمایش	۳/۰۸	۰/۶	۳/۵۶	۰/۵۵
تحریک	کنترل	۳/۷۴	۰/۶۳	۳/۸۵	۰/۵۸
	آزمایش	۳/۹۵	۰/۷۶	۴/۳۴	۰/۷۶
رطوبت	کنترل	۴/۱۵	۰/۷۰	۴/۱۷	۰/۶۳
	آزمایش	۴/۱۶	۰/۷۰	۴/۱۸	۰/۶۸
ارگاسم	کنترل	۳/۷۸	۰/۸۹	۳/۸۸	۰/۶۹
	آزمایش	۴/۴۸	۰/۹۲	۴/۷۴	۰/۸۲
رضایتمندی	کنترل	۳/۵۸	۰/۵۴	۳/۶۴	۰/۵۰
	آزمایش	۳/۳۵	۰/۵۴	۳/۸۰	۰/۵۰
درد	کنترل	۴/۳۲	۰/۷۶	۴/۲۸	۰/۸۱
	آزمایش	۴/۳۹	۰/۷۱	۴/۰۴	۰/۷۰
خلق مثبت	کنترل	۲۷/۸۶	۹/۳۶	۲۷/۷۳	۹/۳۹
	آزمایش	۲۶/۸۳	۹/۴۰	۲۷/۶۰	۹/۶۷
خلق منفی	کنترل	۳۰/۲۰	۷۰/۵۳	۲۹/۹۳	۷/۷۷
	آزمایش	۳۰/۵۳	۶/۸۰	۲۸/۶۰	۶/۴۸
کیفیت خواب	کنترل	۶	۴۰	۷	۴۶/۶۷
	آزمایش	۶	۴۰	۱۳	۸۶/۶۷

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های عملکرد جنسی، بین گروه آزمایش و کنترل تقریباً باهم برابر است. در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش تغییر کرده است. میانگین نمرات پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت - منفی، بین گروه آزمایش و کنترل تقریباً باهم برابر است. در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش در خرده مقیاس خلق مثبت افزایش و در خرده مقیاس خلق منفی کاهش یافته است. توزیع فراوانی پیش‌آزمون کیفیت خواب، بین گروه آزمایش و کنترل تقریباً باهم برابر است. در مرحله پس‌آزمون، توزیع فراوانی گروه آزمایش افزایش یافته است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین، فرض همگنی واریانس تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و

نوسانات خلقی و کیفیت خواب

متغیر	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
میل جنسی	۰/۷۴	۱	۲۸	۰/۴۰
تحریک	۰/۰۲۴	۱	۲۸	۰/۸۸
رطوبت	۲/۰۵۴	۱	۲۸	۰/۱۶
ارگاسم	۰/۴۸	۱	۲۸	۰/۴۹
رضایتمندی	۰/۰۴۵	۱	۲۸	۰/۸۳
درد	۰/۸۷	۱	۲۸	۰/۳۶
خلق مثبت	۲/۳۹	۱	۲۸	۰/۱۳
خلق منفی	۳/۲۱	۱	۲۸	۰/۰۸
کیفیت خواب	۱/۸۵	۱	۲۸	۰/۱۸

با توجه به یافته‌های جدول ۳ و با توجه به میزان F بدست آمده از آزمون لوین تفاوت معناداری در سطح $\alpha=0/05$ بین واریانس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و نوسانات خلق و کیفیت خواب مشاهده نمی‌شود، بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. با توجه به تایید پیش فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس، در این بخش جداول و نتایج بدست آمده برای فرضیات پژوهش ارائه شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش در مقیاس کیفیت خواب

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	مقدار اتا
کیفیت خواب	۱/۲۰	۱	۱/۲۰	۹/۹۹	۰/۰۰۴	۰/۲۷

با توجه به نتایج ذکر شده در جدول ۴، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت خواب در زنان باردار تاثیر داشته است. با توجه به نتایج ذکر شده در جدول ۵،

می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خلق منفی زنان یائسه تاثیر داشته است. آزمون این مفروضه از آزمون M باکس استفاده می‌شود. اگر این آزمون از نظر آماری معنادار نباشد مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس رعایت شده است. نتایج این آزمون برای متغیر عملکرد جنسی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خلق منفی زنان یائسه در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
خلق منفی	۲۰/۷۲	۱	۲۰/۷۲	۲۱/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵

جدول ۶. نتایج آزمون M باکس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عملکرد جنسی زنان یائسه

متغیر	مقدار F	درجه آزادی	مقدار باکس	سطح معناداری
عملکرد جنسی	۰/۰۰۸	۱	۰/۰۰۸	۰/۹۲

با توجه به جدول ۶ ملاحظه می‌شود که آزمون M باکس برای متغیر عملکرد جنسی معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین شرط همگنی ماتریس-کواریانس برای این مفروضه به‌درستی رعایت شده است. بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس برای اثبات فرضیه سوم پژوهش استفاده کرد.

جدول ۷. نتایج آزمون لامبدای ویلکز مقیاس عملکرد جنسی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مقدار لامبدا	مقدار F	درجه آزادی	سطح معناداری
عملکرد جنسی	۰/۹۷	۰/۶۰	۱	۰/۴۴

نتایج آزمون لامبدای ویلکز که در جدول ۷ آمده است نشان دهنده عدم تفاوت معنادار در متغیر ترکیبی خرده مقیاس‌های عملکرد جنسی است. مشخص است که بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. در ادامه، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره برای زیر مقیاس‌های عملکرد جنسی به تفکیک ارائه شد.

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میل جنسی

در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
میل جنسی	۲۴/۱	۱	۱/۲۴	۱۵/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۳۷
تحریک	۰/۶۸	۱	۰/۶۸	۱۲/۴۵	۰/۰۰۲	۰/۳۲
رطوبت	۰/۴۰	۱	۰/۴۰	۹/۶۳	۰۰/۰۰۴	۰/۲۶
ارگاسم	۰/۶۴	۱	۰/۶۴	۷/۴۱	۰/۰۱	۰/۲۱
درد	۰/۶۸	۱	۰/۶۸	۱۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵
رضایتمندی	۰/۸۲	۱	۰/۸۲	۱۴/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب زنان یائسه اثر مثبت و معناداری دارد. این نتیجه با یافته های دهستانی (۱۳۹۴) و قمری و حسینی (۱۳۹۶) که نشان دادند درمان های شناختی مبتنی موجب کاهش کم خوابی و افزایش کیفیت خواب در زنان یائسه می شوند همخوان می باشد. همچنین بیرامی و عبدی (۱۳۸۸) نشان دادند که جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش قابل ملاحظه ای در کم خوابی زنان موجب می شود. در تبیین این یافته ها می توان گفت، مهمترین مشکل زنان یائسه در اوایل یائسگی موضوع خواب می باشد. کیفیت نامناسب خواب بر تنظیم ساعات خواب تاثیر گذاشته و منجر به افسردگی می شود. درمان و بکارگیری تکنیک های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تمرین های پذیرش و بحث های پیرامون ارزش ها و اهداف فرد به آنها آموزش داده می شود که چگونه عقاید

اجتنابی خود را رها کنند و بجای تلاش برای کنترل آنها را بپذیرند که همین امر سبب کاهش کم خوابی شده و در نتیجه در زنان یائسه باعث افزایش کیفیت و تنظیم ساعات خواب می شود. درمان و بکارگیری تکنیک های درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش کم خوابی شده و در نتیجه در زنان یائسه باعث افزایش کیفیت خواب می شود.

همچنین نشان داده شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خلق منفی و افزایش خلق مثبت زنان یائسه اثر مثبت دارد. این یافته با تحقیق کارلسون، ارسولیک، اسپیکا و آنجن^۱ (۲۰۱۵) که نشان دادند آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس اثرات مثبت را بر خلق منفی در زنان یائسه دارد، همسو می باشد. همچنین این نتیجه با یافته های لی، هاوارد، گارلند، مک گاورن و لازار^۲ (۲۰۱۷) که نشان دادند درمان های شناختی به فرد می آموزد تا به صورت آگاهانه الگوهای عادت

1. Karlson, Ersolik, Spika & Anjen

2. Li, Howard, Garland, McGovern & Lazar

شده و غیر ارادی نشخوار ذهنی را شناسایی کرده و آن‌ها را به صورت الگوهای آگاهانه و قابل کنترل تبدیل کنند و ضمن انجام این روش فرد می‌آموزد تا با به کارگیری این فرایندها، احساسات و اندیشه‌های منفی را شناسایی کرده و آن‌ها را به صورت رویدادهای ساده و قابل کنترل تغییر دهد همخوان است. همچنین پژوهشگران در تحقیقاتی که انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش نشخوارهای ذهنی و کاستن از افکار منفی تنش‌زا (کلاین^۱ و همکاران، ۲۰۱۶) موجب بهبود خلق در افراد می‌شود (والاس^۲، ۲۰۰۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود افراد زمان حال را بیشتر درک نمایند و از فکر کردن بیش از حد و نشخوار فکری و ذهنی بدور باشند، همین امر موجب بهبود خلق آنان گشته و رفتارهای منفی را کاهش می‌دهد. در این درمان افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را بر اساس اینکه آیا استراتژی‌هایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است؛ ارزیابی کنند. استراتژی‌های موفقیت‌آمیز معمولاً استراتژی‌هایی هستند که به افراد کمک می‌کند بر اساس ارزش‌هایشان عمل کنند. همچنین از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، خود مشاهده گری و آگاهی از وضع اندام و تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تقویت می‌شود که در این راستا در جهت افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی تلاش می‌شود. بنابراین افراد افکار خود را مورد مشاهده قرار می‌دهند و خود را از نشخوار فکری،

بدخوابی و تشنج اخلاقی جدا می‌سازند در نتایج دیگر پژوهش مشخص شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بالا رفتن میل جنسی، رطوبت، افزایش رضایتمندی زوجین، تحریک، کاهش زمان رسیدن به ارگاسم و کاهش درد می‌شود. این نتیجه با یافته‌های قبلی همخوان است که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایتمندی روابط جنسی در زوجین می‌شود تأثیر دارد. در پژوهش بهرامی (۱۳۹۳) مهارت‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۵ درصد از تغییرات میل جنسی، ۷ درصد از تغییرات کاهش درد و ۱۱ درصد از تغییرات رضایتمندی را پوشش داده بود. همچنین می‌توان گفت که این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی است که نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از عوامل مؤثر بر مولفه‌های تاثیرگذار بر درد و رضایتمندی زناشویی در زنان یائسه به ویژه در موقعیت‌های پر استرس است (اسکویتزر و رودی^۳، ۲۰۱۰؛ بلک، سوسمن و جانسن^۴، ۲۰۱۲). می‌توان گفت که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دو شیوه تأثیرات مفیدی بر افراد دارد، اول: هوشیاری بدین صورت که سطح دفاعی را افزایش داده، ارزیابی منفی از موقعیت را کاهش می‌دهد و سپس سطح پایینی از استرس ادراک شده را نشان می‌دهد. دوم: باعث تسریع در پیشرفت توانایی مقابله سازگارانه در موقعیت‌های استرس‌زا شده، و واکنش‌های هیجانی به موقعیت‌های ذاتا تهدیدبرانگیز را کاهش می‌دهد (اسکویتزر و رودی، ۲۰۱۰). همچنین نتایج این

3. Schewitzer & Ruedy
4. Black, Sussman, & Johnsin

1. Kline
2. Wallace

پژوهش با نتایج پژوهش فردسون^۱ (۱۹۹۹) و البانان^۲ (۲۰۰۶)، مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارزیابی منفی را نیز کاهش داده و نمی‌گذارد موقعیت‌ها به صورت استرس‌زا درک شوند و باعث تقویت راهبردهای مقابله‌ای می‌گردد و در نتیجه موجب بهبود و کاهش استرس در فرد می‌شود همخوانی دارد.

در واقع این درمان به مراجعان آموخت در صورت عدم رضایت از امکانات در زندگی یا عدم رضایت از رابطه جنسی خود که مشروط به طرف مقابل است و یا در روابط شخصی با دیگران امکان دارد مشکلاتی داشته باشند که این رابطه مطلوب نیست، نیاز به تغییر دادن شرایط بیرونی وجود ندارد. لذا آنها توانستند با انجام فرایند پذیرش و گسلش با وجود این نارضایتی، اولویت ارزشی خود را پیدا کنند و گام‌های درست را بدون تحت تاثیر قرار گرفتن از این شرایط در جهت ارزش‌های خود بردارند.

با توجه به نتایج تحقیقات پیشین و نتایج حاصل از پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند.

از این‌رو تکنیک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش توجه و تمرکز فرد شده و در نتیجه کنترل فرد بر شرایط استرس‌زا افزایش می‌یابد. افرادی که تحت تاثیر تکنیک درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار می‌گیرند با توجه به کاهش خلق منفی و افزایش شناخت نسبت به احساسات و اندیشه‌های مثبت و منفی افکار و اندیشه‌های تنش‌زا که به صورت تکراری و نشخوار در ذهن فرد به وجود می‌آمدند و فعالیت وی را مختل می‌کردند کاهش یافت. بنابراین با توجه به مطالعات پیشین و پژوهش حاضر که می‌تواند تاییدی بر نتایج آن پژوهش‌ها باشد و با توجه به تفاوت میانگین نمرات (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) زنان یائسه که معنادار شد می‌توان به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود عملکرد جنسی و خلق منفی و کیفیت خواب در زنان یائسه پی برد و لذا می‌توان این درمان را برای کاهش مشکلات آنان توصیه کرد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موارد اشاره داشت: با توجه به اینکه جامعه آماری این تحقیق تمامی زنان یائسه مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقه هفت شهر تهران در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ بودند، لذا نتایج آن به سایر مراکز باید با احتیاط صورت پذیرد. همچنین با توجه به اینکه این تحقیق در سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ و به صورت مقطعی انجام شده لذا در بکارگیری نتایج آن در سایر مراکز در سال‌های آتی باید با احتیاط عمل کرد. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان برای درمان زنان یائسه مبتلا به اختلالات عملکرد جنسی و نوسانات خلقی و کیفیت خواب استفاده نمود. پیشنهاد می‌شود متخصصین و درمانگران در زمینه کاهش مشکلات زنان یائسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش بیشتری انجام دهند تا گوشه‌ای از این مشکلات را بتوان بهبود بخشید. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در

1. Fredson
2. Elbannan

سیاسگزاری

در پایان از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و یاری نمودند تشکر می‌گردد.

منابع

- ازگلی، گ. (۱۳۹۱). تاثیر طب فشاری بر کیفیت خواب زنان یائسه. فصلنامه علمی- پژوهشی طب مکمل، ۲(۳)، ۹-۱۸.
- محمد علیزاده، س. (۱۳۹۱). عملکرد جنسی زنان و عوامل پیش‌گویی‌کننده. مقاله پژوهشی سلامت، ۱۵(۲۳)، ۱-۹.
- پورحقیقی، ط. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در زنان یائسه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۲۰(۳)، ۵۷-۴۵.
- اورکی، م؛ دورتاج، ا؛ مهدی‌زاده، آ. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب، استرس و دردهای شکمی زنان یائسه. فصلنامه علمی پژوهشی عصب روانشناسی، ۲۳، ۵۸-۴۳.
- دلشاد نوقابی، ع. (۱۳۹۱). ارتباط شدت علائم یائسگی با افسردگی زنان یائسه. مجله زنان مامایی و نازایی، ۱۶(۴۳)، ۱۴-۲۰.
- شوهانی، م. (۱۳۸۶). مشکلات جسمی و روانی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی
- درمانی شهر ایلام. نشریه پژوهش پرستاری، ۲(۴)، ۵۷-۶۵.
- جعفری، ف. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی و یائسگی: تبیین چند عاملی جسمی، پژوهشگاه علوم انسانی، ۵، ۴۰-۲۲.
- جان، ا. (۲۰۰۷). راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری درد مزمن. ترجمه ندا علی‌بیگی. (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.
- صحتی شفاعی، ف. (۱۳۹۲). مقایسه فراوانی اختلالات قاعدگی بین زنان یائسه ورزشکار و غیر ورزشکار. مجله زنان مامایی و نازایی ایران، ۱۶(۵۱)، ۲۱-۱۴.
- چرمچی، ن. (۱۳۹۵). اثر "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه، فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۵(۵)، ۱۵-۲۲.
- ندیمی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر رضایت جنسی زنان یائسه. مجله روانشناسی اجتماعی، ۲۰، ۴-۲۲.

- Addis, I.B., Ireland, C.C., Vittinghoff, E., Lin, F., Stuenkel, C.A., Hulley, S. (2005). Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstetrics & Gynecology*, 106(1), 121-7.
- Greber, J.R. (2004). A study of premenopausal sexual satisfaction and other factors contributing to positive or negative expectation of natural menopause. *Fertility and sterility*, 76(3), 526.
- Milanifar, B. (2001). *Mental health*. Tehran: Ghumes Publications, 133.
- Malacare, J.M., Bassol, S., Gonzalez, N. (2004). Symptoms at pre- and post menopause in rural and urban women from three states of Mexico. *Maturities*, 43(1), 9-11.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMA edia Inc*, 172(10), 1327-33.
- Amberly, K.P., Daphne, A.D., Amanda, M.R., Nicole, A.S. and Norman, B.S. (2015). The role of cognitive processes of rumination. *Personality and Individual Differences*, 8(6), 277-281.
- Alder, J., Urech, C., Fink, N., Bitzer, J., Hoesli, I. (2011). Response to induced relaxation during pregnancy: comparison of women with high versus low levels of anxiety. *J Clin Psychol Med Settings*, 18, 13-21.
- Areipour, M., Eftekhara Ardabili, H., Kivanch, E. M. (2012). Study of Mental health and Relationship with Family Welfare in Pre-university Students in Salmas City in. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*, 9(1), 84-90.
- Borkovec, T.D. (2015). "Life in the future versus life in the present". *Clinical psychology: Science and practice*, 9, 76-80.
- Berek, J. (2007). *Berek & novak's gynecology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bar-Oz, B., Einarson, T., Einarson, A. (2009). Paroxetine and congenital malformations: meta-analysis and consideration of potential confounding factors. *Clin Ther*, 29, 918-926.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clarck, K. C. (2013). "How coping mediates the affect of optimism on distress: A study of woman with early stage breast cancer". *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carighead, W. E. (2010). "Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy". In G. Stricker & T.

- A.Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) Handbook of psychology⁸, Clinical Psychology. NJ: Jone Wiley. & Sons.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K. J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C. & Wenstrom, K.D. (2010). "Williams obstetrics. 21 st ed". New York: McGraw-Hil, 1361-5.
- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2012). "Optimism-pessimism and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment". *Psychology & Aging*, 16, 524-531.
- Christensen, J., Stuart, P. (2011). Unintended pregnancy and perinataldepression trajectories in low-income, high-risk Hispanic immigrants. *Prev Sci*,19(3), 289-99.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom S., Hauth, J., Rouse, D., Spong, C. (2010). *Williams obstetrics*.23rd edition .a NewyorkMCGraw-Hill.
- Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, H.H., Yu, H. J. (2011). Comparison of overall sexual function, sexual intercourse / activity, sexualsatisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *JSex Med*. 8(10),2859-67.
- Corbacioglu, A., Bakir, V.L., Akbayir, O., Cilesiz Goksedef, B.P., Akca, A. (2012). The role of pregnancy awareness onfemale sexual function in early gestation. *J Sex Med Jul*,9(7),1897-903.
- Diket, A., Nolan, T (1997). Anxiety and depression. Diagnosis and treatment during pregnancy. *ObstetGynecol Clin North Am*. 24(3), 535-58.
- Gooneratne, N.S. (2008). Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in older adults. *Clin GeriatrMed*,24(1),121-38.
- Hartmut, P., Jacques, B. (2006). Standard practice insexual medicine. Philadelphia: *Blackwell*, 126.
- 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),1-25
- Kabat-zinn, J. (2002). "Mindfulness-based interventions in context: past, present, 13. Future". clinical psychology: *Science and practice*. 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context:Past, present, and future". Clinical Psychology: *Science andPractice*10. 144-156.

- Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med*, 7(8):2782-90.
- Mc Carney, R.W., Schulz, J. & Grey, A.R. (2012). "Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis". *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3),279-99.
- Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). "Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression". *Mindfulness*, 3(3),190-9.
- Olin, S., Sweeney, P.D. & Schoeffer, D. E. (1981). "The causality of causal attributions in depression: A cross-lagged panel correlational analysis". *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 14-22.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. & Pouwer, F. (2011). "Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial". *BMC Public Health*. 11(1), 131.