فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی (دوره جدید)

شماره ۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تصویرتن، رضایت جنسی و ترس از صمیمیت زنان مبتلابه اسکلرودرمی

سید علی کیمیایی [۱]، مونا سرخوش [۲]، ایمان الله بیگدلی [۳]، محمد حسن جوکار [۴]

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری اسکلرودرمی آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی و تعاملی فراوانی را برای زنان مبتلا در پی دارد که ضروری است با به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب نسبت به کاهش این آسیب‌ها اقدام شود بر همین اساس پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) بر تصویر تن، رضایت جنسی و ترس از صمیمیت زنان مبتلابه اسکلرودرمی انجام گرفت. روش: روش پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان متأهل مبتلابه اسکلرودرمی شهر مشهد تشکیل می‌داد. حجم نمونه این پژوهش برابر با ۲۴ نفر با گمارش تصادفی در ۲ گروه ۱۲ نفری کنترل و آزمایش بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش اجرا شد و متغیرهای ترس از تصویر بدن، رضایت جنسی و ترس از صمیمیت به‌عنوان متغیر وابسته موردبررسی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌های موردنیاز از مقیاس ترس از تصویر تن لیتلتون، پرسشنامه رضایت جنسی هادسون و پرسشنامه ترس از صمیمیت دسکانتر و ثلن استفاده شد.در ابتدای دوره درمان، اعضای گروه آزمایش و کنترل به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و پس از ۸ جلسه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مجدداً مقیاس‌ها توسط آنان تکمیل شد و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر ترس از تصویر تن، رضایت جنسی و ترس از صمیمیت، زنان مبتلابه اسکلرودرمی تأثیر معناداری داشته است($p=0/05$). نتیجه: بر اساس یافته‌های این پژوهش، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله روان‌شناختی مؤثر به‌منظور بهبود ترس از تصویر تن، رضایت جنسی و ترس از صمیمیت در زنان مبتلابه بیماری اسکلرودرمی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترس از تصویر تن، رضایت جنسی، ترس از صمیمیت، اسکلرودرمی

[۱] دانشیار گروه روانشانسی دانشگاه فردوسی مشهد kimiaee@um.ac.ir
[۲] دانش آموخته کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول) monasarkhosh1371@gmail.com
[۳] استاد گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد ibigdeli@um.ac.ir
[۴] دانشیار گروه روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد Jokarmh@mums.ac.ir

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

مقدمه

اسکلرودرمی[1] واژه‌ای باریشه‌ی یونانی به معنای پوست سخت است. اسکلرودرمی سیستمیک یک بیماری چند سیستمی که پوست و اندام‌های داخلی (دستگاه گوارش، ریه‌ها، کلیه‌ها و سیستم عصبی محیطی) را درگیر می‌کند (احمددوف[2] و همکاران،۲۰۲۳) را اسکلرودرمی یک اختلال خود ایمنی در بافت همبند با منشأ نامشخص است که تظاهرات بالینی متنوع، سیر مزمن و اغلب پس‌رونده دارد و فیبروز پوستی، فیبروز اعضای داخلی بدن، اختلالات شدید و ناتوانی در بیشتر ارگان‌های بدن را موجب می‌شود (رزندال[3] و همکاران،۲۰۲۲). شیوع این بیماری در ایالات‌متحده آمریکا ۹,۸-۱۰، در هلند ۷۷ نفر و در کانادا به‌طور متوسط ۷۴ نفر در زنان و ۱۳ نفر در مردان در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش‌شده است (کواکنبوس[4] و همکاران،۲۰۱۷). شیوع ابتلا به این بیماری در سنین بین ۳۰ تا ۵۰ سالگی بوده و ۸۰ درصد مبتلایان را زنان شامل می‌شوند. ازآنجایی‌که به‌ندرت به حوزه‌ی بهداشت و روان این بیماران پرداخته‌شده است، مشکلات مربوط به حوزه‌ی روان‌شناختی در بیماران اسکلرودرمی هنوز کاملاً مشخص نیست (کوموچیان[5] و همکاران،۲۰۱۶)، اما می‌توان گفت؛ ماهیت این بیماری، موجب کاهش کیفیت زندگی و بهداشت روانی (المیدا[6] و همکاران،۲۰۱۵)، خستگی و درد (کاروارهیرو[7] و همکاران،۲۰۲۰) و سطح بالایی از علائم افسردگی و اضطراب (مالکارنه[8] و همکاران،۲۰۱۳) در این بیماری می‌شود. به دلیل تولید کلاژن بیش‌ازحد در بدن پوست رایج‌ترین ارگانی است که در این بیماران درگیر می‌شود. پیامدهای پوستی معمولاً منجر به از شکل افتادگی و زشتی قابل‌مشاهده در قسمت‌های مختلف بدن می‌شود (خانا[9] و همکاران،۲۰۲۰) علاوه بر ایجاد چالش‌های عملکردی و درد، نارضایتی از تصویر بدنی را در این بیماران به دنبال دارد (لسکوت[10] و همکاران،۲۰۲۲) و فرد پیامدهایی ازجمله؛ از دست دادن احساس جذابیت و زیبایی، کاهش تمایلات اجتماعی و سازگاری با بیماری را نشان می‌دهد (ناکایاما[11] و همکاران،۲۰۱۶). بنابراین، تصویر بدنی یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی است که تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد. تصویر بدنی شامل احساسی است که فرد درباره‌ی ویژگی‌ها و ساختار اجزای بدنش دارد (حمزه راد و همکاران،۱۴۰۳). پژوهشگران معتقدند که بیماری‌هایی که باعث تغییر در ساختار بدن می‌شوند، می‌توانند تصویر ذهنی از بدن را نیز تغییر دهند (بیرن[12] و همکاران،۲۰۲۳). تصویر بدنی منفی سازه‌ای است که در مشکلاتی نظیر اختلالات جنسی (الماس[13] و همکاران،۲۰۲۰) و بیماری‌های مزمن ازجمله اسکلرودرمی (جویت[14] و همکاران،۲۰۱۲) دیده می‌شوند.

بیماری اسکلرودرمی به دلیل آنکه عارضه‌های پوستی ایجاد می‌کند به‌خصوص در زنان مبتلا باعث منفی شدن تصویر بدن می‌گردد (لسکوت و همکاران،۲۰۲۲). ظاهر بدنی بخش اصلی تصویر بدنی انسان است و در برقراری تعاملات اجتماعی با دیگران تأثیر بسزایی دارد، بنابراین این عامل نقش اساسی در تعیین باورها و رفتارها درباره بدن است (مارتینزفاریا[15] و همکاران،۲۰۲۱). تصویر بدن به‌عنوان ادراکات و نگرش‌های فرد در رابطه با ویژگی‌های فیزیکی خود به‌صورت ساختاری چندبعدی شامل وزن،شکل،قد و رنگ پوست تعریف می‌شود که جنبه‌های رفتاری و ادراکی، شناختی و عاطفی را در برمی‌گیرد.گروگان[16] (۲۰۲۱) معتقد است که تصویر بدن بیانگر احساسات شخص در رابطه با بدن و ظاهر فیزیکی‌اش است که میزان رضایت و نارضایتی فرد از ظاهر و بدنش را نشان می‌دهد. نارضایتی از تصویر بدن شامل، افکار منفی مرتبط با ظاهر مثل (من زشتم)، احساساتی چون نگرانی و اضطراب در مورد ظاهر و رفتارهایی مانند بررسی بیش‌ازحد ظاهر و بدن ست.

---

[1] Scleroderma
[2] Akhmedov
[3] Rosendahl
[4] Kwakkenbos
[5] Gumuchian
[6] Almeida
[7] carvalheiro
[8] Malcarne
[9] Khanna
[10] Lescoat
[11] Nakayama
[12] Byrne
[13] Elmas
[14] Jewett
[15] Martines faria
[16] Grogan

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

درحالی‌که رضایت از تصویر بدنی شامل قدردانی از بدن، احترام به بدن بدون توجه به‌ظاهر و پیگیری رفتارهای بهداشتی محافظت‌کننده بدن می‌شود (پور فراهانی و همکاران،۱۴۰۲). تغییر در ظاهر به علت عوارض درمان، از قبیل افزایش یا کاهش وزن، گرفتاری پوستی و ارگان‌های داخلی می‌تواند تصور ذهنی فرد نسبت به خودش و تمایلات جنسی وی را تحت تأثیر قرار دهد(مارکوشیا[1] و همکاران،۲۰۲۴). در کنار اختلال در تصویر بدن در بین بیماران مبتلابه اسکلرودرمی، به‌خصوص در میان زنان، تمایلات جنسی و رضایت جنسی نیز کاهش می‌یابد و این امر سبب می‌شود تا زوجین از هم فاصله بگیرند و صمیمیت زناشویی آن‌ها نیز دچار اختلال شود. پیامدهای ناشی از مصرف بعضی از داروها می‌تواند تأثیر منفی روی عملکرد جنسی این بیماران داشته باشد. به‌طوری‌که حدود ۸۰ درصد مردان مبتلابه اسکلرودمی اختلال در نعوظ و بیش از نیمی از زنان مشکلات در عملکرد جنسی را عنوان کرده‌اند، اگرچه درصد مشکلات جنسی در زنان کمتر از مردان به نظر می‌رسد اما جامعه فراگیری این بیماران در آنان بیشتر است و از طرفی مشکلات جنسی در زنان نسبت به مردان پیچیده‌تر است (اسمالزینگ[2] و همکاران،۲۰۲۰). رضایت جنسی به‌عنوان پاسخ عاطفی ناشی از ارزیابی ذهنی فرد از ابعاد مثبت و منفی مرتبط با رابطه جنسی تعریف می‌شود (سرویلا[3] و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات متعددی نشان می‌دهد که رضایت جنسی شرط اساسی رضایت از زندگی، رفاه کیفیت زندگی، رضایت عاطفی، شادکامی و بهبود عملکرد جنسی است (بیلال و رسول[4]،۲۰۲۰). همچنین رضایت رضایت جنسی سطح پایین‌تر و تعارضی زناشویی، رضایت از رابطه زناشویی،رضایت از زندگی و سلامت جسمانی و روان‌شناختی بالاتر به دنبال خواهد داشت (زمانی فر و همکاران،۱۴۰۱). نیازها و مشکلات مربوط به‌سلامت جسمانی ممکن است زمان و انرژی و توجهی که باید بر رابطه جنسی متمرکز شود را به خود اختصاص دهد و کیفیت هیجانی مناسب موردنیاز در رابطه جنسی را تحت تأثیر قرار دهد. بیماری‌هایی که نیروی شخص را تحلیل می‌برند، اختلال مزمنی که مستلزم تطابق جسمی و روانی هستند و بیماری‌های جدی که ممکن است موجب افسردگی شخص شوند هم در مرد و هم در زن می‌توانند در میل جنسی کاهش قابل‌ملاحظه‌ای به وجود آورند (جها[5] و همکاران،۲۰۲۲). از عوامل احتمالی دیگر که در بیماران مبتلابه اسکلرودرمی مختل می‌گردد، صمیمیت زناشویی می‌باشد. صمیمیت یک فرایند تعاملی است (بختیاری و همکاران،۱۴۰۰). فردی که میزان صمیمیت بالاتری را تجربه می‌کند قادر است خود را به شیوه مطلوب‌تری در روابط عرضه کند و نیازهای خود را به شکل مؤثرتری به شریک و همسر خود ابراز کند (معاذی نژاد و همکاران،۱۳۹۹). صمیمیت زناشویی یک مشخصه کلیدی و مهم روابط زناشویی است و از ویژگی‌های بارز یک ازدواج موفق به شمار می‌آید، این ویژگی به وجود تعامل بین همسران اشاره دارد، نبود یا کمبود آن‌یک شاخص آشفتگی در روابط زناشویی می‌باشد (لی و یوون[6]، ۲۰۲۳).

ترس از صمیمیت به ظرفیت محدود فرد برای در میان گذاشتن افکار و احساسات شخصی با افراد مهم و نزدیک زندگی همانند همسر و همچنین ترس از وابستگی به دیگران تعریف می‌شود و دارای دو مؤلفه ترس از صمیمیت در رابطه با همسر و ترس از صمیمیت با دیگران می‌باشد (قلیچی و همکاران،۱۴۰۳). وقتی هر دو مؤلفه در فرد بالا باشد، ولی از برقراری رابطه صمیمانه احساس ناراحتی می‌کند، خود افشایی کمتری خواهد داشت و در ابراز احساساتش با دیگران با مشکل مواجه خواهد شد و بدین ترتیب رضایت زناشویی کمتری را تجربه خواهد کرد (فینزی دوتن[7]،۲۰۲۳) به‌صورت کلی می‌توان گفت که با توجه به عوارض و محدودیت‌های متعدد در بیماری اسکلرودرمی و ارتباط عملکرد جنسی با شرایط و ماهیت خاص بیماری، و ارتباط عملکرد و رضایت جنسی، تصویر بدن و صمیمیت زناشویی وجود مداخلات روانشناسی مناسب می‌تواند لزوم مراقبت‌های روانی در این بیماران و اهمیت آن را در درمان و احساس بهزیستی، تداخل رفتار کنونی فرد را با اهداف مهم او در زندگی نشان دهد و شرایط را به نحو بهینه‌ای کنترل و بهبود بخشد (میلت[8] و همکاران،۲۰۲۰). یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر برای بیماران مزمن موردتوجه قرارگرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. زیرا اصول این درمان مبتنی بر مواجهه با

[1] Marcoccia
[2] Schmalzing
[3] Cervilla
[4] Bilal & Rasool
[5] Jha
[6] Lee & Yoon
[7] Finzi_Dottan
[8] Milette

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

هیجان‌های ناخوشایند و تجربه کامل این هیجان‌ها با کنار آمدن با وضعیتی است که بر فرد تحمیل‌شده و استفاده از این تجربیات در خدمت رسیدن به اهداف ارزشمند شخصی است (فروس[1] و همکاران،۲۰۲۰). هدف اصلی این درمان کمک به بیمار برای دستیابی به انعطاف‌پذیری روانی است به این معنا که فرد بتواند بین گزینه‌های مختلف دست به عمل بزند و گزینه‌ای را انتخاب کند که مناسب‌تر است، نه اینکه صرفاً دست به عملی بزند که از افکار، احساسات و هر هیجان آشفته‌ای اجتناب کند (الرفیحی_فریرا[2] و همکاران ۲۰۲۰). نکته مهم دیگر در این درمان، آگاه بودن از تجربه‌های لحظه‌ی حال است که که فرد می‌آموزد چگونه تماس خود را با لحظه‌به‌لحظه‌ی زندگی‌اش حفظ کند. در ادامه نحوه‌ی جداسازی خود از افکارش آموخته می‌شود، به‌گونه‌ای که بتواند جدا از افکارش اقدام کند (دو[3] و همکاران،۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شش فرایند هسته‌ای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط بازمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه تشکیل‌شده است. درمانگر در طول آموزه‌های این درمان در تلاش است که مراجع را به سمتی هدایت کند که در آن بدون آنکه قضاوتی صورت گیرد عاملی را که موجب برانگیخته شدن افکار شده را شناسایی و آن را موردپذیرش قرار دهد. در این رویکرد اعتقاد بر آن است که افراد به‌این‌علت در دام مشکلات روان‌شناختی می‌افتند که برای مدیریت زندگی خود الگوی خاصی از پاسخ‌دهی دارند که وجود آن موجب تقویت افکار منفی و حفظ هیجانات منفی می‌شود (قربانی و همکاران،۲۰۲۱). مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر این است که جنبه‌های انگیزشی را به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان در نظر می‌گیرد. با توجه به جدید بودن این روش درمانی و شیوع کم بیماران مبتلابه اسکلرودرمی تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی این درمان بر روی تصویر بدن، رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی در بیماران مبتلابه اسکلرودرمی انجام‌نشده است، بررسی اثربخشی این درمان مفید می‌باشد. ازاین‌رو مسئله پژوهش این است که آیا رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود تصویر بدن، رضایت جنسی و صمیمیت زناشویی بیماران مبتلابه اسکلرودرمی می‌تواند تأثیر داشته باشد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود، پژوهش از این لحاظ شبه آزمایشی است که انتخاب آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری در دسترس هدفمند انجام پذیرفته است اما جایگزینی افراد در گروه آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی انجام شد.

جامعه آماری پژوهش تمامی زنان مبتلابه اسکلرودرمی مشهد بودند که از بین این تعداد از بیماران مبتلابه اسکلرودرمی ۲۴ نفر از بیماران که ملاک‌ها و معیارهای لازم را جهت شرکت در پژوهش داشتند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۲نفر) و گروه کنترل (۱۲نفر) تقسیم شدند.

معیارهای ورود به پژوهش (داشتن جنسیت مؤنث،تمایل بیماران اسکلرودرمی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی و بین فردی، دارا بودن نشانه‌های تصویر بدنی منفی از خود که با مقیاس نگرانی از تصویر تن لیتلتون اندازه‌گیری می‌شود، دارا بودن نشانه‌های افزایش ترس از صمیمیت که با مقیاس ترس از صمیمیت دسکانتر و ثلن اندازه‌گیری می‌شود، دارا بودن نشانه‌های کاهش رضایت جنسی که با مقیاس رضایت جنسی‌هادسون اندازه‌گیری می‌شود، عدم دریافت هیچ‌گونه برنامه آموزشی یا کمک مشاوره‌ای دیگر به‌منظور کنترل متغیرهایی که احتمال می‌رود نتیجه پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، میانگین سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، فقدان مصرف داروهای روان‌پزشکی، ازدواج قانونی، فقدان تصمیم به طلاق، فقدان روابط فرا زناشویی، مبتلا بودن به بیماری اسکلرودرمی از نوع محدود پوستی ملاک خروج از پژوهش نیز بستری بودن در بخش روان‌پزشکی و مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم تمایل به شرکت در جلسات روان‌درمانی در نظر گرفته شد.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از شرکت‌کنندگان گرفته و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش، جنبه کاملاً محرمانه دارد و فقط در راستای اهداف پژوهشی مورداستفاده قرار خواهد گرفت.

[1] Feros
[2] El Rafihi-Ferreira
[3] Du

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

در این پژوهش برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویک جهت بررسی بهنجاری توزیع متغیرها و آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون F برای بررسی همگنی شیب رگرسیون استفاده شد و ازآنجایی‌که مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها در خصوص متغیر رضایت جنسی برآورده نشده است و همچنین مفروضه‌ی همگنی شیب رگرسیون برای هیچ‌یک از متغیرها برآورده نشده است برای تحلیل داده‌ها از آزمون T مستقل استفاده شد.

مقیاس ترس(نگرانی) از تصویر بدن: این پرسشنامه از نوع مداد کاغذی و خود گزارشی است و شامل ۱۹ ماده می‌باشد که برای اولین بار توسط لیتلتون، السکام و پوری[1] (لیتلتون و همکاران،۲۰۰۵) ساخت و اعتبار یابی شد. آزمودنی‌ها باید به ماده‌های آزمون در یک مقیاس لیکرتی از هرگز تا همیشه و در یک طیف پنج نمره‌ای پاسخ دهند و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه بین ۱۹-۹۵ متغیر خواهد بود و کسب نمره بالاتر نشانگر بیشتر بودن نارضایتی از تصویر بدن است. یافته‌های لیتلتون و همکاران روی نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه نشان داد که اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ۹۳٪ و همبستگی ماده‌ها بین ۷۳٪- ۳۲٪ است و ضریب روایی آن از طریق همبستگی با مقیاس خود-گزارشی اختلال بدریخت انگاری برابر با ۸۳٪ گزارش‌شده است (بساک نژاد و غفاری، ۱۳۸۶). در ایران این پرسشنامه توسط بساک نژاد و غفاری(۱۳۸۶) ترجمه و جهت اجرا آماده شد. اعتبار ترجمه‌ی این پرسشنامه توسط بساک نژاد و غفاری به روش آلفای کرون باخ برای دانشجویان دختر و پسر ۹۵٪ اعلام‌شده است.

مقیاس ترس از صمیمیت: دسکانتر و ثلن[2] ۱۹۹۱، مقیاس ترس از صمیمیت را با این هدف ساختند که هم به روانشناسان بالینی و هم به محققان کمک کنند تا افرادی را که اضطراب آن‌ها در صمیمیتشان با دیگران در توانایی ایجاد ارتباط رضایت‌بخش درنتیجه بهزیستی روان‌شناختی اختلال ایجاد می‌کند شناسایی نمایند.این مقیاس می‌تواند سطح ترس از صمیمیت افراد را تعیین کند، حتی اگر افراد در رابطه نباشند. این مقیاس شامل ۳۵ آیتم خود-ارزشیابی است. پاسخ به سؤالات به‌صورت پنج گزینه‌ای از ۱= اصلاً این‌طور نیستم تا ۵= کاملاً این‌طور هستم می‌باشد. ابتدا باید نمره سؤالات شماره ۳-۶-۷-۸-۱۰-۱۴-۱۷-۱۸-۱۹-۲۱-۲۲-۲۵-۲۷-۲۹-۳۰ را معکوس کرد و سپس نمره‌های ۳۵سؤال باهم جمع شوند (دسکانتر و ثلن، ۱۹۹۱).

میانگین نمره افراد در این مقیاس۷۲/۸۲ با انحراف استاندارد ۱۶/۲۵ می‌باشد. حداقل نمره قابل کسب در این آزمون ۳۵ و حداکثر آن۱۷۵ می‌باشد. یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین به‌عنوان داشتن ترس از صمیمیت در نظر گرفته می‌شود و هرچه نمره بالاتر باشد ترس از صمیمیت بیشتر است(فلاح زاده و همکاران،۱۳۹۰) نتایج مطالعه اولیه دسکانتر و ثلن (۱۹۹۱) نشان داد که این مقیاس از همسانی درونی بالا(آلفای کرونباخ۹۳٪) و پایایی باز آزمایی بالای(r=۸۹٪) برخوردار است. در اعتبار یابی مقدماتی فرم فارسی این مقیاس در مورد یک نمونه از دانشجویان متأهل، آلفای کرونباخ۹۱٪ بود که نشانگر همسانی درونی بالای این مقیاس است (فلاح زاده و همکاران،۱۳۹۰).

ضرایب همبستگی بین نمره آزمونی‌ها در دو نوبت بافاصله چهار هفته ۸۷٪ بوده که نشانگر پایایی باز آزمایی بالای فرم فارسی این مقیاس است (بشارت،۱۳۹۰).

مقیاس رضایت جنسی: در سال ۱۹۸۱ توسط هادسون – هریسون و کروسکاپ[3] برای ارزیابی سطوح رضایت زوجین ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۵ سؤال می‌باشد و جزء پرسشنامه‌های خود گزارش دهی محسوب می‌شود. پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون در سطح یک مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰ تا ۶ مشخص می‌شود و درمجموع نمره آزمودنی‌ها در کل تست بین ۰تا ۱۵۰ در نوسان است. همچنین پاره‌ای از ماده‌های مقیاس، نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره‌گذاری معکوس شامل سؤالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴ و ۲۵ می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس منعکس‌کننده رضایت جنسی است. ثبات درونی این مقیاس توسط طراحان محاسبه و آلفای کرون باخ آن ۰/۹۱ به دست آمد. اعتبار مقیاس نیز با روش باز آزمایی بافاصله یک

[1] Littleton & Axsom & Pury
[2] Descutner and thelen
[3] Hudson & Harrison & Crosscup

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

هفته محاسبه گردید که برابر ۰/۹۳ شد. روایی مقیاس از طریق روایی تفکیکی محاسبه گردید که نتایج نشان داد مقیاس توانایی تشخیص زوجین دارا و فاقد مشکلات جنسی را دارد (هادسون و همکاران،۱۹۸۱).
روایی این مقیاس از طریق همبستگی آن با خرده مقیاس رضایت جنسی پرسشنامه انریچ نیز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۷۴ به دست آمد و همچنین این پرسشنامه به اجرای طرح مجدد به فاصله ۱۵ روز برای بررسی وضعیت هنجاری مقیاس انجام شد. نتایج اجرای آزمون و اجرای مجدد آن به‌وسیله آزمون همبستگی مورد تحلیل واقع شد. نتایج این آزمون نشانگر میزان همبستگی ۰/۹۵۶ در سطح معناداری ۰/۱ شده است. همچنین برای بررسی دقیق‌تر اعتبار به‌دست‌آمده از روش دونیمه کردن آزمون ۰/۸۸ شده است. ضریب گاتمن محاسبه‌شده نیز ۰/۸۰ می‌باشد(پوراکبر،۱۳۸۹).
پس از جایگیری شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل، گروه آزمایش در هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش پیش از شروع جلسات و نیز در پایان دوره درمانی در اختیار شرکت‌کنندگان دو گروه قرار گرفت.

جدول ۱: طرح جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورداستفاده در این پژوهش به شرح ذیل انجام شد:

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و معرفی اعضای گروه و درمانگر، مشخص‌سازی انتظارات اعضای گروه از درمان، مطرح کردن تلاش‌های گذشته اعضا برای بهبود صمیمیت،رضایت جنسی و تصویر تن، در نظر گرفتن کنترل به‌عنوان مشکل.
جلسه دوم: استفاده از راه‌های آزمایشی و استعارات برای تست کردن اثربخشی کنترل، مطرح کردن درماندگی خلاق
جلسه سوم: معرفی ذهن آگاهی با تمرین تنفس، مطرح کردن مفهوم گسلش (تمرین شیر، شیر، شیر)
جلسه چهارم: معرفی ارزش‌ها و تمایز آن‌ها از اهداف، شناسایی ارزش‌های اعضا (استعاره سنگ‌قبر و روز تشیع جنازه) ، شناسایی یک عمل مبتنی بر ارزش‌ها
جلسه پنجم: شروع با تمرین تنفس با ذهن آگاهی، شناسایی یک عمل مبتنی بر ارزش‌ها
جلسه ششم: مطرح کردن خود مشاهده‌گر و خود مفهوم‌سازی شده، تشخیص ارتباط خود مفهوم‌سازی شده و تصویر تن
جلسه هفتم: مطرح کردن تعهد به‌عنوان فرایند، شناسایی گام‌های عمل (گام‌های کوچک در خدمت گام‌های بزرگ‌تر)، پذیرفتن موانعی که در راه رسیدن به اهداف و خواسته‌ها وجود دارد (استعاره مسافران اتوبوس)
جلسه هشتم: تأکید کردن بر مؤلفه‌هایی که بیشترین ارتباط را با اعضا دارد، آموزش به اعضا تا درمانگران خودشان باشند

نتایج

نمونه پژوهش حاضر را ۲۴ نفر از زنان مبتلابه اسکلرودرمی تشکیل می‌دادند. توزیع نمونه برحسب سن، مدت‌زمان ازدواج و نیز سابقه بیماری در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: توزیع جمعیت شناختی نمونه برحسب سن، مدت‌زمان ازدواج و سابقه بیماری

شاخص		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۲۰ تا ۳۲ سال	۶	۵۰	۷	۵۸/۳
	۳۳ تا ۴۵ سال	۶	۵۰	۵	۴۱/۷
مدت‌زمان ازدواج	کمتر از ۱۰ سال	۷	۵۸/۳	۵	۴۱/۷
	بیش‌تر از ۱۰ سال	۵	۴۱/۷	۷	۵۸/۳
سابقه بیماری	کمتر از ۱۰ سال	۹	۷۵	۷	۵۸/۳
	بیش‌تر از ۱۰ سال	۳	۲۵	۵	۴۱/۷

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷، دوره هفدهم، سال چهارم، بهار ۱۴۰۴، صص ۱-۱۶

نتایج درج‌شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش ۵۰ درصد و در گروه کنترل ۵۸/۳ درصد آزمودنی‌ها در فاصله سنی ۲۰ تا ۳۲ سال قرار دارند. آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از حیث سن همگن هستند (χ^2=۰/۱۷،P≤۰/۵۰). سایر نتایج مؤید آن بود که مدت‌زمان ازدواج ۵۸/۳ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۴۱/۷ درصد آزمودنی‌های گروه کنترل،کمتر از ۱۰ سال است.آزمون دقیق فیشر نیز نشان‌دهنده آن بود که دو گروه از حیث مدت‌زمان ازدواج همگن هستند (χ^2=۰/۶۷ ،P≤۰/۳۴). درنهایت نتایج در خصوص سابقه بیماری نشان می‌داد که ۷۵ درصد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و ۵۸/۳ درصد آزمودنی‌ها در گروه کنترل کمتر از ۱۰ سال است که به بیماری مبتلا هستند. آزمون دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از حیث سابقه بیماری همگن هستند (χ^2=۰/۷۵ ،P≤۰/۳۳). در ادامه در جدول شماره ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه‌شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از تصویر بدن	آزمایش	58/17	20/29	49/83	18/66
	کنترل	61/33	9/88	60/75	10/68
رضایت جنسی	آزمایش	96/75	33/03	103/58	35/87
	کنترل	76/42	13/69	76/50	13/70
ترس از صمیمیت	آزمایش	104/50	7/82	97/50	8/01
	کنترل	112/58	5/07	110/92	6/35

نتایج درج‌شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین پس آزمودنی‌های گروه آزمایش در ترس از تصویر بدنی و ترس از صمیمت کمتر از گروه کنترل است. در رضایت جنسی این گروه میانگین بالاتری دارند.جهت بررسی بهنجاری توزیع متغیرها از آزمون شاپیرووویک استفاده شد، نتایج آزمون شاپیرووویک در جدول ۴ ارائه‌شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی بهنجاری توزیع متغیرها

متغیر	گروه	آماره شاپیرو ویک	درجات آزادی	سطح معناداری
ترس از تصویر بدن	آزمایش	0/91	12	0/23
	کنترل	0/95	12	0/62
رضایت جنسی	آزمایش	0/87	12	0/06
	کنترل	0/89	12	0/12
ترس از صمیمیت	آزمایش	0/93	12	0/43
	کنترل	0/93	12	0/39

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل بهنجار است(P>۰/۰۵). جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون برابری خطای واریانس لوین[1] استفاده‌شده است در جدول ۵ نتایج آزمون لوین ارائه‌شده است.

1 Levene`s test of equality of error variance

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی(دوره جدید)

شماره۴۷، دوره هفدهم، سال چهارم، بهار ۱۴۰۴، صص ۱-۱۶

جدول ۵: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجات آزادی 1	درجات آزادی 2	سطح معناداری
ترس از تصویر بدن	1/88	1	22	0/19
رضایت جنسی	5/52	1	22	0/03
ترس از صمیمیت	2/20	1	22	0/15

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد فرض همگنی برای ترس از تصویر بدن و ترس از صمیمت محقق شده است(P>۰/۰۵). اما در خصوص رضایت جنسی برآورده نشده است(P=۰/۰۳). جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون از آزمون F استفاده شد، نتایج آزمون F در جدول ۶ ارائه‌شده است.

جدول۶: نتایج آزمون F برای بررسی همگنی شیب رگرسیون

متغیر	آماره F	درجات آزادی تعامل	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
ترس از تصویر بدن	245/30	2	21	0/0001
رضایت جنسی	1269/77	2	21	0/0001
ترس از صمیمیت	74/57	2	21	0/0001

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون در هیچ‌یک از مدل‌ها برآورده نشده است(P<۰/۰۵). درمجموع بررسی مفروضات نشان داد که توزیع متغیرها نرمال است؛ همگنی واریانس‌ها جز در مورد رضایت جنسی، محقق شده است؛ همگنی شیب رگرسیون در هیچ‌یک از مدل‌ها محقق نشده است و درنهایت رابطه خطی متغیرهای همپراش و وابسته محقق شده است. ازآنجاکه همگنی شیب رگرسیون یکی از مفروضات اساسی تحلیل کوواریانس تک متغیره است و این مفروضه در هیچ‌یک از مدل‌ها محقق نشده است، نمی‌توان این روش آماری را برای بررسی فرضیات پژوهشی به کار برد. در چنین مواردی به‌عنوان جایگزین می‌توان به محاسبه تفاضل متغیرها پرداخت. بدین معنی که تفاضل پس‌آزمون و پیش‌آزمون را محاسبه و با یک آزمون تفاوتی مورد مقایسه قرارداد(تابانیک و فیدل، ۱۳۹۵). ازآنجاکه مفروضه همگنی واریانس‌ها در خصوص رضایت جنسی محقق نشده بود، آزمون t مستقل به‌واسطه امکان محاسبه ضرایب در شرایط عدم همگنی واریانس مورداستفاده قرار گرفت. جهت بررسی فرضیه های پژوهش از آزمون T مستقل استفاده شد نتایج این آزمون در جدول شماره ۷ ارائه‌شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تفاضل میانگین‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین تفاضل ها	انحراف معیار تفاضل ها	اختلاف میانگین تفاضل ها	T	درجه آزادی	سطح معناداری
ترس از تصویر بدن	آزمایش	-8/33	4/52	-7/75	-5/25	16/71	0/0001

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷، دوره هفدهم، سال چهارم، بهار ۱۴۰۴، صص ۱-۱۶

	کنترل	-0/58	2/39				
رضایت جنسی	آزمایش	6/83	4/45	6/75	4/94	13/87	0/0001
	کنترل	0/08	1/62				
ترس از صمیمیت	آزمایش	-7/00	4/39	-5/33	-3/65	22	0/0001
	کنترل	-1/67	2/53				

همان گونه که در جدول ۷ نشان داده شده است تفاوت میانگین تفاضل های پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار است (ترس از تصویر بدن p= 0/0001 ، T= -5/25 ، رضایت جنسی p= 0/0001 ، T= 4/94، ترس از صمیمیت p= 0/0001، T= -3/65). مقایسه تفاضل ها نشان می‌دهد که در متغیرهای ترس از تصویر بدن و ترس از صمیمت کاهش نمرات گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است (ترس از تصویر بدن 8/33- در برابر 0/58- ، ترس از صمیمیت 7/00- در برابر 1/67-) و در متغیر رضایت جنسی افزایش نمرات گروه آزمایش بیشتر از کنترل بوده است (6/83 در برابر 0/08)، بر این اساس فرضیه های پژوهش حاضر تایید می‌گردند.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویرتن، رضایت جنسی و ترس از صمیمیت زنان مبتلابه اسکلرودرمی بود و نتایج نشان داد این مداخلات درمانی بر هر سه متغیر تأثیر معنی‌داری داشته و موجب بهبود معنی‌دار میانگین نمره‌های هر سه متغیر در پس‌آزمون برای گروه آزمایش‌شده است. در تبین این یافته‌ها می‌توان گفت ازآنجایی‌که ابتلا به این بیماری سبب از شکل افتادگی صورت و بدن، چاقی یا لاغری، شرم و احساس بی‌ارزش بودن می‌شود با مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد اولین نتیجه مستقیم این درمان پذیرش احساسات و هیجانات منفی نسبت به بدن خود است و این امر به‌صورت غیرمستقیم سبب‌ساز بهبود رضایت جنسی در این بیماران می‌گردد و درنهایت کاهش ترس از صمیمت در بیماران می‌گردد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از تصویر بدن در زنان مبتلابه اسکلرودرمی می‌توان گفت که هدف عنصر شناختی در این درمان، به‌نوعی می‌تواند شامل تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی باشد که چرخه ترس از تصویر بدنی را شروع می‌کند یا به آن‌ها تداوم می‌بخشد. این کار از طریق پذیرش افکار ناکارآمد همراه با توقف ترس از تصویر بدن انجام می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریفات فکری و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه‌ی مقابله با این افکار استفاده می‌شود. بدین‌صورت که با اجازه داده به آمدورفت افکار و ادراکات مربوط به تصویر بدنی بدون اینکه با آن‌ها مبارزه شود، به فرد آموخته می‌شود تا خود را از تجارب ذهنی مربوط به وضعیت جسمی خود جدا کند، به‌صورت که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و این به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص کند و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند و درنهایت، انگیزه‌ای جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در فرد ایجاد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصریح و کاهش ترس از تصویر بدنی می‌شود.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

با توجه به اینکه در این درمان بر تغییر نگرش مثبت به بدن تاگید می‌شود، این روش می‌تواند به بهبود تصویر بدنی منجر شود (کریمی و همکاران، ۱۴۰۲)

پاسیار و همکاران (۱۴۰۲) در تحقیق خود با موضوع مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش کژکار، اضطراب سلامت، بهزیستی روان‌شناختی و تصویر بدنی زنان تحت عمل ماستکتومی دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌صورت معناداری باعث کاهش ترس از تصویر بدنی شود. که این یافته‌ها با نتایج فوگلویس[1] و همکاران (۲۰۲۰)، دیوس[2] و همکاران (۲۰۲۰)، مورالس[3] و همکاران (۲۰۲۱) و رجبی و همکاران (۱۴۰۳) همسو می‌باشد.

ازآنجایی‌که نیاز جنسی از نیازهای بنیادی بشر محسوب می‌شود، ارضای صحیح این نیاز موجب احساس لذت شده و در سطوح عالی‌تر باعث افزایش اعتمادبه‌نفس، احساس خودکارآمدی و درنهایت ایجاد نگرش مثبت به محیط پیرامون می‌گردد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت کلی موجب افزایش آگاهی افراد نسبت به شیوه‌ی ارضای صحیح نیاز جنسی شده و همین امر موجب افزایش عناصر سلامت روانی می‌گردد (بهبهانی و شیرودی، ۱۳۹۹).

در مورد مکانیسم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زنان مبتلابه اسکلرودرمی می‌توان گفت که افکار خود سرزنشگر و عدم پذیرش بیماری در کنار ترس از تصویر بدن از عوامل روان‌شناختی اصلی در بروز مشکلات جنسی این گروه هستند(کالویلو[4]،۲۰۲۰). در این راستا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گام‌های اساسی با افزایش پذیرش در جهت بهبود رضایت جنسی این بیماران برداشت. در طول درمان سعی شد تا بیماران موضوع رنج خود را بدون رو برگرداندن و فرار، در زمان حال موردتوجه قرار دهند و به‌صورت ارادی بر حضور آن تمرکز کنند. در ادامه، درمانگر بر ارتباط با رنج و هیجانات مرتبط با آن و همچنین شیوه‌های پاسخ‌دهی منعطف بر آن تأکید نمود. سپس سعی شد افکار خود سرزنشگر، تعدیل و بیماران به پذیرش شرایط خود نائل شوند. در این شرایط بیماران توانایی تجربه هیجانات و رویدادهای ذهنی را بدون آنکه در دام سرزنش و احساس شرم بیفتند، پیدا کردند. در همین مرحله بیماران به این شناخت دست یافتند که ارزیابی‌های خشن و منفی و خود سرزنشگری منجر به اجتناب از درد هیجانی و تشدید درد و رنج می‌شود. همچنین آموزش توجه انعطاف‌پذیر، برای بیماران فرصت گسلش از تجربیات و توانایی هدایت و تغییر مسیر آگاهی را فراهم می‌کند که نتیجه‌ی آن به دست آوردن دیدگاهی عاقلانه در مورد موقعیت خود و استفاده از استدلال سازگارانه در حل مشکلات بین فردی می‌باشد. درمانگر در کنار تهییج هیجانی، سعی کرد تا حفظ زندگی زناشویی را به‌عنوان از ارزش‌های فردی انتخاب و پیگیری نماید(طاهری و عاملی،۱۴۰۰). صفدری و همکاران(۱۴۰۱) در تحقیق خود تحت عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یکپارچه نگری توحیدی بر اضطراب، رضایت جنسی و افسردگی در زنان نابارور، به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به فرد کمک کند با ارتباط کامل بازمان حال و ذهن آگاهی به تغییر رفتارها و افکار نادرست بپردازد و از این طریق زن و شوهر می‌توانند به رضایت جنسی برسند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ازآنجایی‌که ابتلا به این بیماری سبب از شکل افتادگی صورت و بدن، چاقی یا لاغری، شرم و احساس بی‌ارزش بودن می‌شود با مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد اولین نتیجه مستقیم این درمان پذیرش احساسات و هیجانات منفی نسبت به بدن خود است و این امر به‌صورت غیرمستقیم سبب‌ساز بهبود رضایت جنسی در این بیماران می‌گردد.

به‌منظور افزایش سازگاری به افراد آموزش داده می‌شود تا به طبقه‌بندی ارزش‌های خود بپردازند. بدین ترتیب، متوجه اهمیت روابطشان با دیگران می‌شود. در مرحله‌ی بعد سعی می‌کنند تا مطابق با این ارزش‌ها عمل کنند و رابطه خود را با دیگران تقویت کنند. همان‌طور که افراد شروع به، به‌کارگیری این مهارت‌ها می‌کنند، بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر خواهند بود، به موقعیت‌هایی که قبلاً از آن‌ها اجتناب می‌کردند نزدیک شوند و به شیوه‌ای که رضایت رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمت بین فردی را افزایش می‌دهد رفتار کنند. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار

[1] Fogelkvist
[2] Davis
[3] Morales
[4] Calvillo

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

باارزش‌های رابطه‌ی دوطرفه، این فرصت را برای افراد فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری برقرار کنند که همین امر باعث بهبود ترس از صمیمت در زنان می‌گردد (هانگ[1] و همکاران،۲۰۱۹).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساسات و عواطف و کشف و پایبندی به ارزش‌ها تأکید می‌شود که این امر همواره باعث ایجاد تعادل عاطفی و روانی می‌شود و این تعادل می‌تواند موجب فراهم شدن رضایت و سازگاری در جنبه‌های مختلف زندگی و به‌ویژه صمیمت شود (زند و همکاران،۱۴۰۲). در پژوهش حاضر برای رسیدن به هدف ارتقای صمیمت از روش‌های درمان پذیرش و تعهد ازجمله استعاره‌ها، راهبردهای پذیرش، تمرین‌های ذهن آگاهی، تناقض‌ها و کار در مورد ارزش‌ها استفاده‌شده است. دلیل اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ترس از صمیمیت زنان مبتلابه اسکلرودرمی این بود که در جلسات گروهی به‌جای تلاش برای مدیریت و حفظ عوامل مؤثر بر صمیمیت زناشویی، کشف ارزش‌های هر فرد از طریق شناسایی آنچه برای فرد مهم است و اینکه چگونه هر فرد می‌تواند با رفتار متناسب باارزش‌های شخصی، زندگی معناداری رأی خود و همسرش ایجاد کند، تمرکز شد. همچنین در مرحله‌ی گسلش آگاهی از رویدادها، بدن، افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آن‌ها، منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی ویژه شد و فرد به این مسئله پی برد که انسان متفاوت از افکارش است. آگاهی از افکار و احساسات، منجر به تغییر ارتباط فرد با افکار و احساس صمیمانه با افراد دیگر شد. زمانی که افراد توانستند به این مهارت دست یابند، از مشکلات و موانع آگاه شدند و راه‌حل‌های مناسبی پیدا کردند که هماهنگی مفهومی برای این افراد ایجاد شود(پرنیکانو[2] و همکاران،۲۰۲۲).و همچنین نتایج این پژوهش با نتایج قاصدی و همکاران (۱۳۹۷) و پناهی فر و همکاران (۱۴۰۱) هم‌راستا می‌باشد

به‌طورکلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت مؤثری در جهت بهبود تصویر بدن، رضایت جنسی و صمیمت زنان مبتلابه اسکلرودرمی بهره برد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از عناصر درمانی ویژه‌ی خود و برخوردار بودن از تکنیک‌هایی همچون ذهن آگاهی و پذیرش موجب کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و تعهد و همدلی می‌شود.

همانند پژوهش‌های دیگر این پژوهش هم با محدودیت‌هایی همراه بود که ازجمله آن‌ها روش نمونه‌گیری، محدود بودن نمونه موردپژوهش به جنس مؤنث، یک شهر خاص (مشهد) بود. لذا پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران آتی به‌منظور افزایش قابلیت تعمیم نتایج از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، مطالعه بر روی مردان سایر شهرها با زمینه اجتماعی و فرهنگی متفاوت نیز بهره گیرند. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود روانشناسان، روان‌درمانگران و مشاوران از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله مؤثر به‌منظور بهبود تصویر بدن، رضایت جنسی و ترس از صمیمیت در زنان مبتلابه اسکلرودرمی استفاده نمایند.

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره **IR.MUMS.REC.1397.101** در مرکز ثبت کار آزمایی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. قبل از شروع مداخله در یک جلسه اختصاصی، ملاحظات اخلاقی برای بیماران بیان شد، افراد با ماهیت و نحوه‌ی همکاری در اجرای پژوهش آشنا و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند. آن‌ها نزد پژوهشگر محرمانه خواهد بود.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافعی در مورد این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مونا سرخوش در دانشگاه فردوسی مشهد بود. بدین‌وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش که با همکاری صمیمانه آن‌ها اجرای این پژوهش امکان‌پذیر گردید، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

بختیاری، انسیه، حسینی، سعیده السادات، عارفی، مختار، و افشاری نیا، کریم. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و نگرش به خیانت زناشویی. پژوهش‌های مشاوره، ۲۰(۷۷):۱۲۲-۱۴۰.

[1] Huang
[2] Pernicano

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

بساک نژاد، سودابه، و غفاری، مجید. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بدریختی بدنی و اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۱(۲)، ۱۷۹-۱۸۷.

بشارت, محمدعلی.(۱۳۹۱). رابطه ترس از صمیمیت و رضایت زناشویی در نمونه‌ای از زوجین ایرانی: نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دل‌بستگی.مشاوره کاربردی، ۲(۱):۱-۱۸

بهبهانی، مریم و قربان شیرودی،شهره. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۴):۳۶۹-۳۸۹.

پاسیار، سحر؛ بقولی،حسین؛ برزگر، مجید و سهرابی شگفتی، نادره.(۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش کژکار، اضطراب سلامت، بهزیستی روان‌شناختی و تصویر بدنی در زنان تحت عمل ماستکتومی. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۳۰(۱):۲۸۵-۳۱۴.

پناهی فر، سجاد؛ میردریکوند، فضل اله و صادقی،محمود. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی طرح‌واره محور، هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای صمیمیت زوجین در آستانه طلاق در خانواده‌های نظامی. پرستار و پزشک در رزم. ۱۰(۳۴): ۶۶-۸۱

پور اکبر، سمیه (۱۳۸۹). بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی در تبیین رابطه بین رضایت جنسی با رضامندی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ‌نشده، دانشکده تربیت مدرس

پور فراهانی منیره، شاره حسین، حاجی اربابی فاطمه (۱۴۰۲). اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و شفقت به خود در زنان تحت دیالیز: یک کار آزمایی بالینی تصادفی. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۹(۱):۲-۱۷

حمزه راد، منصوره؛ نیکنام، ماندانا و امانی کلاریجانی، فاطمه. (۱۴۰۳). عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی در زنان مبتلابه سرطان پستان ماستکتومی شده: نقش واسطه‌ای نگرانی از تصویر بدنی . مجله علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۳۲(۴): ۷۷۳۸-۷۷۲۴

رجبی، فاطمه؛ اعتمادی مهر، حسین؛ روحی، فاطمه؛ علی نیا، میترا و علیمهدی، منصور.(۱۴۰۳) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و تنظیم هیجان در بیماران با جراحی مستکتومی رویش روان‌شناسی، ۱۳(۳): ۲۲۵-۲۳۴.

زمانی فر، مژگان؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ حسنی، فریبا و امامی پور، سوزان (۱۴۰۱). اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی_رفتاری بر رضایت جنسی و تمایزیافتگی خود در هر یک از زوجین دارای تعارض زناشویی. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. ۱۱(۲): ۴۵_۵۸

زند، محمداسماعیل و عسکری، فائزه. (۱۴۰۲) اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و صمیمیت زناشویی زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده شهر قم . رویش روانشناسی، ۱۲(۶):۱۶۳-۱۷۲.

صفدری، حلیمه؛ نادری، فرح؛ مرادی منش، فردین و مکوندی، بهنام. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یکپارچه توحیدی بر اضطراب، رضایت جنسی و افسردگی در زنان نابارور(موردمطالعه: شهر مشهد)مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۶۵ (۲):۱۰۶۰-۱۰۷۰

طاهری، مریم و جبل عاملی شیدا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلابه سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی. سلامت و مراقبت،۲۳(۱):۷۷-۶۶.

فلاح زاده، هاجر؛ فرزاد، ولی اله؛ فلاح زاده، محمود. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ترس از صمیمیت. فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۵(۱).

قاصدی، مسعود؛ باقری، فریبرز و کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو روش درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش، تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی. فصلنامه اخلاق زیستی. ۸(۲۹):۸۷-۹۸.

قلیچی، معصومه؛ عباسی، قدرت اله و قربانی، حجت اله. (۱۴۰۳). رابطه ترس از صمیمیت و سبک‌های دل‌بستگی با حساسیت به طردشدگی زنان مبتلابه سرطان پستان. مجله علمی بیماری‌های پستان ایران، ۱۷(۲):۸۶-۱۰۱.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

کریمی، رامین؛ میرزاییان، بهرام و عباسی، قدرت اله. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلابه سرطان پستان. مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۴(۴): ۳۹-۵۳.

معاذی نژاد، مهوش؛ عارفی، مختار و امیری، حسن. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی برصمیمیت جنسی زوج‌ها. پژوهش‌های مشاوره ،۱۹(۷۶):۴۷-۲۴.

Akhmedov, K.S, Buranova, S.N & Rakhimov, S.S.(2023). The Importance of Secondray Prevention in Systemic Scleroderma. World Buiirtion of Public Health.21(2),91-94

Almeida, C., Almeida, I., & Vasconcelos, C. (2015). Quality of life in systemic sclerosis. *Autoimmunity reviews*, *14*(12), 1087-1096.

Bilal, A., & Rasool, S. (2020). Marital satisfaction and satisfaction with life: Mediating role of sexual satisfaction in married women. *Journal of Psychosexual Health*, *2*(1), 77-86.

Byrne, E., Gaffey, J., Hayden, L., Daly, A., Gallagher, P., & Dunne, S. (2023). Body image and cancer-related lymphoedema: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *32*(10), 1528-1538.

Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. d. M., & Sierra, J. C. (2020). An explanatory model of sexual satisfaction in adults with a same-sex partner: An analysis based on gender differences. *International journal of environmental research and public health*, *17*(10), 3393.

Carvalheiro, T., Zimmermann, M., Radstake, T., & Marut, W. (2020). Novel insights into dendritic cells in the pathogenesis of systemic sclerosis. *Clinical & Experimental Immunology*, *201*(1), 25-33.

Cervilla, O., Álvarez-Muelas, A., & Sierra, J. C. (2024). Relationship between Solitary Masturbation and Sexual Satisfaction: A Systematic Review. Healthcare,

Davis, C., Tami, P., Ramsay, D., Melanson, L., MacLean, L., Nersesian, S., & Ramjeesingh, R. (2020). Body image in older breast cancer survivors: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *29*(5), 823-832.

Descutner, C.J., and Thelen, M.H. (1991). *Development and validation of a fear of intimacy scale. Journal of consulting and psychology*, vol.3(2), 218-225

Du, S., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., & Zhang, Y. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain on functioning: A systematic review of randomized controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *131*, 59-76.

El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Toscanini, A. C., Lotufo, F., Brasil, I. S., Gallinaro, J. G., Borges, D. S., Conway, S. G., & Hasan, R. (2020). Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *43*(5), 504-509.

Elmas, Ö., Çakmak, G. K. z., & Bakkal, B. H. (2020). A comparison between breast-conserving surgery and modified radical mastectomy concerning the female sexual function in breast cancer patients under 50 years of age. *Turk Onkol Derg*, *35*(1), 26-30.

Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, *22*(2), 459-464.

Finzi-Dottan, R. (2023). The role of fear of intimacy as mediator between self-differentiation and marital relationship satisfaction: A dyadic model. *The Family Journal*, *31*(3), 392-398.

Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body image*, *32*, 155-166.

Ghorbani, V., Zanjani, Z., Omidi, A., & Sarvizadeh, M. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

in married women with breast cancer: a pre-and post-test clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *43*, 126-133.

Grogan, S. (2021). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge.

Gumuchian, S. T., Peláez, S., Delisle, V. C., Carrier, M.-E., Jewett, L. R., El-Baalbaki, G., Fortune, C., Hudson, M., Impens, A., & Körner, A. (2016). Exploring sources of emotional distress among people living with scleroderma: a focus group study. *PLoS One*, *11*(3), e0152419.

Huang, F.-Y., Hsu, A.-L., Hsu, L.-M., Tsai, J.-S., Huang, C.-M., Chao, Y.-P., Hwang, T.-J., & Wu, C. W. (2019). Mindfulness improves emotion regulation and executive control on bereaved individuals: An fMRI study. *Frontiers in human neuroscience*, *12*, 541.

Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. Journal of Sex Research, 17(2), 157-174.

Jewett, L. R., Hudson, M., Malcarne, V. L., Baron, M., Thombs, B. D., & Group, C. S. R. (2012). Sociodemographic and disease correlates of body image distress among patients with systemic sclerosis. *PLoS One*, *7*(3), e33281.

Jha, A., Danda, D., Gojer, A. R., Surin, A. K., Shenoy, R., Priya, S., & Yadav, B. (2022). Common mental disorders in South Asian patients with systemic sclerosis: a CIS-R-based cross-sectional study. *Rheumatology International*, *42*(8), 1383-1391.

Khanna, D., Spino, C., Johnson, S., Chung, L., Whitfield, M. L., Denton, C. P., Berrocal, V., Franks, J., Mehta, B., & Molitor, J. (2020). Abatacept in early diffuse cutaneous systemic sclerosis: results of a phase II investigator-initiated, multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis & rheumatology*, *72*(1), 125-136.

Kwakkenbos, L., Thombs, B. D., Khanna, D., Carrier, M.-E., Baron, M., Furst, D. E., Gottesman, K., van den Hoogen, F., Malcarne, V. L., & Mayes, M. D. (2017). Performance of the patient-reported outcomes measurement information System-29 in scleroderma: a scleroderma patient-centered intervention network cohort study. *Rheumatology*, *56*(8), 1302-1311.

Lee, H., & Yoon, H. G. (2023). Body change stress, sexual function, and marital intimacy in korean patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A cross-sectional study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *10*(5), 100228.

Lescoat, A., Murphy, S. L., Chen, Y. T., Vann, N., Del Galdo, F., Cella, D., Buch, M. H., & Khanna, D. (2022). Symptom experience of limited cutaneous systemic sclerosis from the Patients' perspective: A qualitative study. Seminars in arthritis and rheumatism,

Littleeton, H. L., Axsom, D. S., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventor. *Behav Res Ther*, *43*, 229-41.

Malcarne, V. L., Fox, R. S., Mills, S. D., & Gholizadeh, S. (2013). Psychosocial aspects of systemic sclerosis. *Current opinion in rheumatology*, *25*(6), 707-713.

Marcoccia, A., Guarino, A., Cocchiaro, T., Modesti, M., Cianfrocca, C., Privitera, R., Isabelli, S., Vizzini, M., Rago, R., & Renzi, A. (2024). Psychopathological symptoms and their association with the quality of life and the sexual functioning in women affected by systemic scleroderma: a preliminary investigation. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, *28*(1).

Martins Faria, B., Martins Rodrigues, I., Verri Marquez, L., da Silva Pires, U., & Vilges de Oliveira, S. (2021). The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: a systematic review. *Psicooncología*, *18*(1).

Milette, K., Thombs, B. D., Dewez, S., Körner, A., & Peláez, S. (2020). Scleroderma patient perspectives on social support from close social relationships. *Disability and rehabilitation*, *42*(11), 1588-1598.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

شماره۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gil-Olarte, P., Ruiz-Gonzalez, P., & Guil, R. (2021). Enhancing self-esteem and body image of breast cancer women through interventions: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *18*(4), 1640.

Nakayama, A., Tunnicliffe, D. J., Thakkar, V., Singh-Grewal, D., O'Neill, S., Craig, J. C., & Tong, A. (2016). Patients' perspectives and experiences living with systemic sclerosis: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *The Journal of rheumatology*, *43*(7), 1363-1375.

Pernicano, P. U., Wortmann, J., & Haynes, K. (2022). Acceptance and forgiveness therapy for veterans with moral injury: Spiritual and psychological collaboration in group treatment. *Journal of Health Care Chaplaincy*, *28*(sup1), S57-S78.

Rosendahl, A. H., Schönborn, K., & Krieg, T. (2022). Pathophysiology of systemic sclerosis (scleroderma). *The Kaohsiung journal of medical sciences*, *38*(3), 187-195.

Schmalzing, M., Nau, L. F., Gernert, M., Froehlich, M., Schwaneck, E. C., Pecher, A.-C., Saur, S., Tony, H.-P., Henes, M., & Henes, J. (2020). Sexual function in German women with systemic sclerosis compared to women with systemic lupus erythematosus and evaluation of a screening test. *Clin Exp Rheumatol*, *38*(suppl 125), 59-64.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی (دوره جدید)

شماره ۴۷،
دوره هفدهم،
سال چهارم،
بهار ۱۴۰۴،
صص ۱-۱۶

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Body Image, Sexual Satisfaction, And Fear of Intimacy in Women with Scleroderma

Seyed Ali Kimiaei [1], Mona Sarkhosh[2], Imanollah Bigdeli[3], Mohamad Hasan Jokar[4]

Abstract

Background and Objective: Scleroderma causes many psychological, emotional, and interactional harms to affected women, which is essential to reduce these harms by using appropriate psychological treatments. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on body image, sexual satisfaction, and fear of intimacy in women with scleroderma. Method: The present study was a quasi-experimental pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study consisted of all married women with scleroderma in Mashhad. The sample size of this study was 24 people, randomly assigned to two groups of 12, control and experimental, who were selected using convenience sampling. In this study, acceptance and commitment therapy was implemented in the experimental group, and the variables of body image fear, sexual satisfaction, and fear of intimacy were examined as dependent variables. The Littleton Body Image Fear Scale, Hudson Sexual Satisfaction Questionnaire, and Descanter and Thelen Fear of Intimacy Questionnaire were used to collect the required data. At the beginning of the treatment period, the experimental and control group members answered the research questionnaires, and after 8 sessions of acceptance and commitment therapy intervention, the scales were completed again by them and the data were analyzed with SPSS software. Findings: The findings of this study showed that acceptance and commitment therapy had a significant effect on body image fear, sexual satisfaction, and fear of intimacy in women with scleroderma. (p=0.05). Conclusion: Based on the findings of this study, the use of acceptance and commitment therapy is recommended as an effective psychological intervention to improve body image fear, sexual satisfaction, and fear of intimacy in women with scleroderma.

Keywords: Acceptance And Commitment Therapy, Body Image Fear, Sexual Satisfaction, Fear of Intimacy, Scleroderma

[1] Associate Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad
[2] Master's degree graduate from Ferdowsi University of Mashhad (Corresponding Author)
[3] Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad
[4] Associate Professor, Department of Rheumatology, Mashhad University of Medical Sciences

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]