

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت جنسی در بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آمفتامین

مهدی یوسفی^۱، علی فرهودیان^۲، محمدهادی صافی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹

چکیده

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت جنسی در بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آمفتامین بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مردان مبتلا به اختلال مصرف مت‌آمفتامین (تقریباً ۱۵۰۰ نفر) در سال ۱۳۹۷ که در مرحله پرهیز از مصرف مواد قرار داشتند و در جلسات انجمن معتادان گمنام شهرستان یزد شرکت می‌کردند، بود. از میان این افراد، ۲۴ نفر از افراد با نمره پایین‌تر از نقطه برش (نمره کمتر از ۶۷) روی شاخص رضایت جنسی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد. از شاخص رضایت جنسی به منظور جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش رضایت جنسی در بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آمفتامین شد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اعتیاد و آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از آن موثر است و از این درمان می‌توان در زمینه امور زناشویی به خصوص رضایت جنسی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت جنسی، مت‌آمفتامین

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران. پست الکترونیک:

mehdi.y.71@gmail.com

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی جهان امروز است. پدیده اعتیاد و به ویژه گسترش روزافزون وابستگی و اعتیاد به مواد جدید با توجه به تاثیرات روانی، اخلاقی و اجتماعی خود تهدیدی جدی برای خانواده و جامعه است و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی و خیابان‌گردی، تکدی‌گری، رفتارهای منحرف و در موارد حاد و به ویژه در مورد اعتیاد زنان به انحراف جنسی و خودفروشی منجر می‌شود (کاکویی‌دینکی و قوامی، ۱۳۹۴). امروزه مشهود است که از بین انواع مواد مخدر، محرک‌ها به خصوص مت‌آمفتامین تاثیرات مخرب جسمانی و روان‌شناختی به مراتب بالاتری دارند و شیوع مصرف آن‌ها به عنوان یک ماده اعتیادآور شدید در حال افزایش است (آرام، بالی، لوین و سی^۱، ۲۰۱۶). تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که مصرف‌کنندگان آمفتامین دارای مشکلات روان‌شناختی همبود از جمله سطح بالای اضطراب، افسردگی، اختلال خلقی، نقص در مهارت‌های شناختی و اختلال عملکرد جنسی هستند. همچنین، مصرف آمفتامین انتقال‌دهنده‌های عصبی را تحت تاثیر قرار داده و باعث سرخوشی، افزایش احساس صمیمیت و میل جنسی و افزایش انرژی می‌شود (هومر^۲ و همکاران، ۲۰۰۸).

با وجود این که رفتارهای جنسی پرخطر در میان تمام گروه‌های جمعیتی وجود دارد، اما مصرف‌کنندگان مواد، به خصوص مصرف‌کنندگان مواد محرک، در معرض رفتار پرخطر جنسی بالایی هستند (پاکوت^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). در این راستا، پژوهش‌ها حکایت از این دارند که شیوع رفتار جنسی پرخطر در میان مصرف‌کنندگان آمفتامین بسیار بالا است (مک‌کنا^۴، ۲۰۱۴). وابستگی به مواد مخدر در عملکرد جنسی افراد اختلال ایجاد می‌کند. اختلال در عملکرد جنسی معمولاً با ناتوانی یا ناراحتی زیاد در پاسخ‌دهی جنسی و یا تجربه لذت جنسی همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳). به هر حال، وجود کژکاری‌های جنسی شایع گزارش شده در میان افراد وابسته به مواد مخدر موجب عدم

1. Aram, Bailey, Lavin & See
2. Homer
3. Paquette

4. McKenna
5. American Psychiatric Association
(APA)

پابندی به درمان و ناسازگاری جنسی و زناشویی می‌شود. نتایج تحقیقات پیشین نیز نشان می‌دهند که علت عدم ادامه درمان و قطع مصرف متادون و بازگشت دوباره به مصرف مواد، بروز عوارض مرتبط با اختلال عملکرد جنسی است (گروور، ماتو، پندهارکر و کانداپان^۱، ۲۰۱۰).

رضایت جنسی، سلامت و عملکرد جنسی عوامل بسیار مهمی در امور جنسی هستند که اختلال در هر یک از این موارد باعث ایجاد مشکلاتی در زندگی زناشویی و شخصی افراد می‌شود. به طوری که، اختلال در عملکرد جنسی علاوه بر عوارض جسمی و روان‌شناختی، موجب از هم پاشیدن بنیان خانواده و آسیب به فرزندان و در کل سیستم جامعه می‌شود (علی‌اکبری‌دهکردی، ۱۳۸۹). منظور از رضایت جنسی، واکنش به عمل و کنش جسمانی و عاطفی رابطه جنسی است که جنبه‌های گوناگونی از آمیزش جنسی را شامل می‌شود و به احساس منفی یا مثبت بعد از آمیزش اشاره دارد (مستون و تراپنل^۲، ۲۰۰۵). در واقع، رضایت جنسی پاسخ عاطفی ناشی از ارزیابی ذهنی از جنبه‌های مثبت و منفی رابطه جنسی است (گاداسی^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). نقش پررنگ سطح بالای رضایت جنسی در افزایش کیفیت رابطه زناشویی و به تبع کاهش اختلافات و تعارضات رابطه زناشویی در مطالعات قبلی نشان داده شده است (شمس‌مفرحه، شاه‌سیاه، محبی و تیرایی، ۱۳۸۹).

بنابراین، رضایت جنسی افراد از عواملی است که ممکن است تحت تاثیر مصرف مواد قرار بگیرد و احتمال این که مصرف مواد مخدر بر رضایت جنسی زوجین تاثیر منفی بگذارد، وجود دارد (عسگری، پاشا و آذرکیش، ۱۳۹۰). شایان ذکر است که در افراد وابسته به مواد کاهش قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیت‌های روزمره، بستری شدن و بالاخره افسردگی ناشی از آن می‌تواند عوامل مهمی در ایجاد مشکلات جنسی باشند (بهزاد، خدابخشی‌کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴). نتایج مطالعات در ایران و سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که وابستگی به مواد بر کیفیت زندگی زناشویی افراد تاثیرات منفی

می‌گذارد (یوسل و گاسانوف^۱، ۲۰۱۰). بنابراین، این حوزه نیازمند توجه جدی برای بهبود رضایت جنسی و متعاقباً رضایت زناشویی بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین است. به طوری که با بررسی پیشینه در تحقیقات قبلی، مشاهدات حاکی از آن است که توجه چندانی در این حوزه صورت نگرفته است. از طرف دیگر، امروز تایید شده است که عدم توجه به مسائل جنسی یا موارد مرتبط با آن علت بسیاری از اختلالات روانی، انحرافات اخلاقی، خیانت‌ها، عدم موفقیت در زندگی زناشویی، تعارضات و کج‌خلقی‌ها هستند (مهرابی‌زاده هنرمند، منصوری و جوانمرد، ۱۳۹۲). بر این اساس، بسیاری از افراد به ویژه زوجها به دلیل مشکلات ارتباطی خود به دنبال درمان هستند (بک^۲، ۱۹۶۷).

در طی سال‌های گذشته، برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده است. در موج سوم روان‌درمانی که به آن‌ها رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد گفته می‌شود با این فرضیه توسعه یافته‌اند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی همراه است (هیز، استروسال و ویلسون^۳، ۱۹۹۹). یکی از راه‌های درمان مشکلات ناشی از اختلال مصرف مواد مانند مشکلات مربوط به رضایت جنسی استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی از رفتاردرمانی است که با استفاده از راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی به جای تمرکز بر انواع نشانه‌ها بر تغییر عملکرد تمرکز می‌کند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فراوانی یا تغییر محتوای خاص تجربه‌های درونی متمرکز نمی‌شود، بلکه بر تغییر رابطه فرد با رفتار متمرکز می‌شود (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس^۵، ۲۰۰۶).

مطابق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رشد و حفظ پریشانی، تعارض و فاصله عاطفی بین زوجین به دلیل ترکیب عوامل کنترل شدید و راهبردهای اجتناب تجربی در روابط زوجین است (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون^۶، ۲۰۰۹). این درمان شامل آموزش

1. Yucel & Gassanov
2. Beck
3. Hayes, Strosahl & Wilson
4. acceptance and commitment therapy (ACT)

5. Luoma, Bond, Masuda & Lillis
6. Peterson, Eifert, Feingold & Davidson

مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌های دیگر مانند مراقبه ذهنی است. هدف اصلی از این درمان، ایجاد یک انعطاف‌پذیری روانی است که به معنای ایجاد توانایی انتخاب عملی گزینه‌های مناسب‌تر است و نه فقط تحمیل یک عمل برای جلوگیری از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات مزاحم (جواراشیو، فورمان و هربرت^۱، ۲۰۱۰).

نتایج مطالعات قبلی نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک درمان موثر بر رضایت زناشویی شناخته شده است (عباسی، درگاهی، بختیاری و علیپور، ۲۰۱۷؛ کاوسیان، حریفی و کریمی، ۱۳۹۵). همچنین، نتایج گویای کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی بیماران وابسته به آفتامین است (ارجمندقور، محمدعلیلو، خانجانی و بخشی‌پور رودسری، ۱۳۹۷). در مطالعه‌ای که با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد، نتایج نشان داد که درمان مذکور باعث بهبود عملکرد جنسی و ابعاد آن یعنی میل، برانگیختگی، ارگاسم، رضایت و درد و همچنین افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در گروه آزمایش شد (بک‌چالاک و منصور، ۱۳۹۶). در تحقیقات قبلی نشان داده شده است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد حتی در موارد مصرف شدید به اندازه سایر درمان‌ها است (رحیمی، سهرابی، رضایی و سروقد، ۱۳۹۷). باروخ، کانکر و بوش^۲ (۲۰۱۲) نیز با مقایسه تأثیرات زوج‌درمانی سیستماتیک و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی زناشویی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در بهبود همه متغیرهای ارتباطی اثربخشی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی داشت (۲۰۱۲). نتایج مطالعه پترسون و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری و رضایت زناشویی و کاهش ناراحتی‌های بین‌فردی و روان‌شناختی و همچنین افزایش کیفیت روابط جنسی تأثیرگذار است.

اعتیاد زمینه‌ساز سقوط بسیاری از ارزش‌ها در جامعه می‌شود و سلامت جامعه و خانواده را به طور جدی به مخاطره می‌اندازد و باعث مشکلات جسمی مختلفی از جمله اختلالات

جنسی و تباهی لذت جنسی می‌شود. مشکلاتی که در بلندمدت بر انحطاط خانواده اثر می‌گذارد و همچنین باعث بر هم خوردن تعادل روانی و عدم توجه به اصول و مقررات جامعه و... می‌شود. از طرف دیگر، یافته‌ها نشان داده‌اند که ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد طلاق ناشی از مشکلات و ناتوانی‌های جنسی است (حجت پناه و رنجبر کهن، ۱۳۹۲). به علاوه، تاکنون تحقیق منسجم و تخصصی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آفتامین انجام نشده است. بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سؤال بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت جنسی بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آفتامین اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام مردان متاهل بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آفتامین (تقریباً ۱۵۰۰ نفر) در سال ۱۳۹۷ بود که در جلسات انجمن معتادان گمنام شهرستان یزد شرکت کرده بودند و در حال حاضر در مرحله پرهیز از مصرف مواد از نوع صنعتی قرار داشتند. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس پژوهش‌های مشابه همچون سارمی‌نژاد و شاملی (۲۰۱۷) با احتمال خطای (۰/۵) و توان آزمون (۰/۸)، ۱۲ نفر نمونه برای هر گروه تعیین شد. همچنین، حداقل تعداد نفرات برای گروه درمانی ۸ الی ۱۲ نفر می‌باشد (کوری، کوری و کوری، ۲۰۱۳). بنابراین، با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۴ نفر از افراد مایل به شرکت در پژوهش، دارای معیارهای ورود و خروج و دارای نمره پایین‌تر از نقطه برش (نمره کمتر از ۶۷) بر روی پرسش‌نامه رضایت جنسی انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه، پرسش‌نامه رضایت جنسی بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد سپس، درمان پذیرش و تعهد طی هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اعمال گردید.

حالی که، گروه کنترل این آموزش را دریافت نکرد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: پرهیز کامل از مصرف مواد حداقل به مدت ۶ ماه گذشته، کسب نمره پایین تر از نقطه برش در پرسش نامه رضایت جنسی (نمره کمتر از ۶۷) و داشتن حداقل سواد برای درک مفاهیم مداخله درمانی. معیارهای خروج نیز شامل داشتن بیماری های هپاتیت و ایدز و بازگشت دوباره به سمت مصرف مواد در حین مشارکت در پژوهش بودند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در نرم افزار اسپاس استفاده شد.

ابزار

۱- چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی: این چک لیست شامل ۱۳ سوال جهت سنجش اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان مورد استفاده قرار گرفت.

۲- شاخص رضایت جنسی^۱: این پرسش نامه توسط هادسون، هریسون و کروسکاپ^۲ (۱۹۸۱) برای ارزیابی سطوح رضایت جنسی زوجین ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۵ سوال است و جزء پرسش نامه های خود گزارش دهی محسوب می شود. پاسخ آزمودنی به هر سوال بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای بین صفر تا شش مشخص می شود و در مجموع نمره آزمودنی ها در کل تست بین ۰ تا ۱۵۰ در نوسان است. همچنین، پاره ای از ماده های مقیاس نمره گذاری معکوس دارند. نمره بالا در این مقیاس منعکس کننده رضایت جنسی است. ثبات درونی این مقیاس توسط طراحان محاسبه و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ بدست آمد و همبستگی آن با خرده مقیاس رضایت جنسی پرسش نامه انریچ ۰/۷۴ بدست آمد (پوترز و کمپبل، ۲۰۰۸ به نقل از پورا کبر، ۱۳۸۹). در پژوهش فرهادی، صالحین، آقایان، کرامت و طالبی (۱۳۹۹)، نقطه برش این پرسش نامه نمره پایین تر از ۶۷ در نظر گرفته شده است که برای پژوهش حاضر نیز این نمره به عنوان نقطه برش مورد استفاده قرار گرفت. پورا کبر (۱۳۸۹) پایایی باز آزمایی این ابزار را به فاصله ۱۵ روز ۰/۹۶ گزارش نمود. اعتبار ابزار با روش دو نیمه کردن آزمون ۰/۸۸ و ضریب گاتمن نیز ۰/۸۰ محاسبه

شده است. همچنین، در پژوهشی دیگر اعتبار مقیاس با روش بازآزمایی ۰/۸۶ محاسبه شد. (رحمانی، صادقی، الله‌قلی و مرقاتی‌خوئی، ۱۳۸۹).

روش اجرا

در روش درمانی پذیرش و تعهد، درمانگر طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) به مراجع کمک می‌کند تا با رسیدن به حالت ناامیدی خلاق، جلوگیری از اجتناب و یا تجارب ذهنی ناخواسته، تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی، تمرینات ذهن آگاهی و ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به هدف به همراه پذیرش تجارب ذهنی، تکالیف مرتبط را انجام دهند. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پژوهش خاکباز (۱۳۹۳) اقتباس شده است که خلاصه بسته مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح بسته مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفه، آشنایی، بیان اهداف، بررسی تاریخچه مشکل مراجع، توضیح فلسفه مداخله، بستن قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به موقع و انجام تکالیف.
دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل، بکارگیری تکنیک ناامیدی خلاق، پرداختن به اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته مراجع و شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع
سوم	تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها، تاکید بر شناسایی و آگاهی، تمرین‌های ذهن آگاهی و شفاف‌سازی ارزش‌ها.
چهارم	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی، بحث درباره‌ی موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش؛ ارائه مقدمه‌ای برای تنظیم اهدافی موثر مرتبط با ارزش‌ها؛ تمرین‌های رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی
پنجم	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث پیرامون آن‌ها.
ششم	ادامه تنظیم اهدافی موثر مرتبط با ارزش‌ها و تمرین‌های آگاهی نفس کشیدن یا آگاهی بدنی،
هفتم	بحث پیرامون مراحل فعالیت و چرخه فعالیت؛ ادامه بحث پیرامون رضایت از داشتن رنج؛ تمرین‌های ذهن آگاهی در حین راه رفتن.
هشتم	تمرین‌های شفاف‌سازی ارزش‌ها، ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به هدف ^۱ به همراه پذیرش تجارب ذهنی.

یافته‌ها

نتایج حاصل از داده‌های توصیفی مربوط به بخش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش دارای مدت زمان مصرف ۲- تا ۱۰ سال معادل ۳۳/۳ درصد بودند و در گروه کنترل بیشتر افراد دارای مدت زمان مصرف ۶ تا ۱۰ سال معادل ۳۳/۳ بودند. بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل مواد مخدر تریاک به ترتیب معادل ۳۳/۳ درصد و ۴۱/۶۶ درصد مصرف کرده بودند. بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در طول هفته به ترتیب معادل ۵۸/۳ درصد و ۵۰ درصد هیچ رابطه زناشویی نداشته‌اند. بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل دارای ۸ مورد طلاق والدین معادل ۶۶/۷ درصد بودند. بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش تنها و با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند که معادل ۴۱/۷ درصد بودند و در گروه کنترل بیشتر آزمودنی‌ها با همسر و فرزندان خویش زندگی می‌کردند که معادل ۵۰ درصد بودند. آماره‌های توصیفی متغیر رضایت جنسی در در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی متغیر رضایت جنسی

متغیر	آماره‌های توصیفی		گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رضایت جنسی	۷۹/۸۳		۸۸	۷۵/۶۶	۷۸/۵	
			۱۲/۲۱	۱۲/۳۶	۷/۵	

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، رضایت جنسی در گروه آزمایش از ۷۹/۸۳ در مرحله پیش‌آزمون به ۸۸/۱۲ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت و میانگین گروه کنترل در حیطه مذکور از ۷۵/۶۶ در مرحله پیش‌آزمون به ۷۸/۵ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت.

جهت بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شده است. بر اساس نتایج مشاهده گردید، مقدار سطح معناداری کلیه ابعاد تحقیق بزرگتر از ۰/۰۵ بود، لذا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل تایید گردید. همچنین، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها بررسی گردد. برای

آزمون این مفروضه از آزمون لوین استفاده شد و نتایج غیرمعنادار این آزمون نشان‌دهنده فرض برابری واریانس‌ها بود ($p > 0/05$).

به منظور بررسی اثربخشی مداخله بر رضایت جنسی از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج این بررسی در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی اثربخشی مداخله بر رضایت جنسی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۷۹۲/۰۵	۱	۱۷۹۲/۰۵	۹۱/۰۱ *	۰/۰۰۱	۰/۸۱
گروه	۶۶۰/۷۷	۱	۶۶۰/۷۷	۳۳/۵۵ *	۰/۰۰۱	۰/۶۲
خطا	۴۱۳/۵۲	۲۱	۱۹/۶۹			

* $p < 0/001$

همان‌طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است، مقدار پارامتر F متعلق به متغیر پیش‌آزمون برابر ۹۱/۰۱ و معنادار است، لذا همبستگی متغیر پیش‌آزمون و متغیر گروه (مستقل) رعایت شده است و متغیر کنترل انتخاب شده بر مدل پیشنهادی تاثیرگذار بوده است و انتخاب متغیر کنترل درست بوده است. در ادامه با توجه به مقدار F متعلق به متغیر گروهی که برابر ۳۳/۵۵ است و معنادار بود. لذا همواره اختلاف معناداری بین میانگین نمرات رضایت جنسی بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آفتامین در بین دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت جنسی در بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آفتامین انجام شد. آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش انجام شد. با اجرای پرسش‌نامه رضایت جنسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با بررسی یافته‌های به دست آمده حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داده شد که تفاوت معناداری بین نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل وجود داشت. با توجه به خنثی بودن اثر نمره رضایت جنسی در پیش‌آزمون، می‌توان گفت این تفاوت حاصل اجرای متغیر مستقل یعنی درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد در گروه آزمایش بوده است که توانسته است رضایت جنسی را در بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آمفتامین افزایش دهد.

در تایید یافته‌های پژوهش حاضر پژوهش‌های قبلی نیز نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان مداخله‌ای سودمند در زمینه بهبود عملکرد جنسی، رضایت جنسی، سازگاری زناشویی و در کل رضایت زناشویی شناخته می‌شود (سارمی‌نژاد و شاملی، ۲۰۱۷؛ بک‌چالاکی و منصوری، ۱۳۹۶؛ مرادزاده و پیرخانی، ۱۳۹۶؛ عباسی و همکاران، ۲۰۱۷ و کاوسی‌ان و همکاران، ۱۳۹۵). این مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر درمان‌های مرسوم می‌تواند در زمینه مشکلات ارتباطی مرتبط با اختلالات و عملکرد جنسی و همچنین در زمینه تعارضات و مشکلات زناشویی و سازگاری زناشویی مفید و سودمند باشد. کیانی، قاسمی و پورعباس در مطالعه خود دریافتند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در زمینه اختلالات مربوط به مصرف مت‌آمفتامین می‌تواند موثر باشد. به طوری که، در مطالعه خود نشان دادند که آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و ذهن‌آگاهی بر ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین تاثیر معناداری داشت (کیانی، قاسمی و پورعباس، ۱۳۹۱). در مطالعه‌ای دیگر، اسموت^۱ و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اختلال مصرف مت‌آمفتامین و تسکین آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از آن موثر است.

آنچه مسلم است این است که از جمله مسائل و مشکلاتی که بیماران بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آمفتامین با آن درگیر هستند، مشکلات نارضایتی جنسی می‌باشد. مصرف مواد مخدر در سه مرحله جنسی شامل: مرحله تمایل، مرحله ارگاسم و مرحله تحریک اختلال ایجاد می‌کند. این گونه مواد در دوران ابتدایی مصرف با کاهش اضطراب یا بالا بردن موقتی خلق، عملکرد جنسی افراد را تقویت می‌کنند، ولی به مرور و با استفاده مداوم به تدریج میل جنسی کم یا قطع می‌شود و تحریک جنسی صورت نمی‌پذیرد و فرد به مرحله اوج لذت جنسی یا ارگاسم نمی‌رسد و یا اصلاً انزالی صورت

نمی‌گیرد. به طور ثانوی، در بسیاری موارد به مرور اختلالات اضطرابی و افسردگی ایجاد کرده و موجب می‌شوند تا مشکلات جنسی ثانویه نیز ایجاد شود. مصرف این مواد در درازمدت با تمایلات جنسی و توانایی جنسی در تضاد هستند (باباخانیان، ۱۳۸۹). در ایران، هرچند ۷۰ درصد از افراد وابسته به مواد متاهل هستند، فقط ۸/۱۷ درصد از آنها از زندگی زناشویی خود رضایت دارند (قوانلو، ۱۳۸۳) و طبق آمار در ایران ۳۴ درصد از طلاق‌ها ریشه در اعتیاد به مواد مخدر و مسائل مربوط به آن دارد (پورقاسمی، ۱۳۸۹).

بنابراین، مطالعات تاکید می‌کنند که رضایت جنسی و رضایت زناشویی در افراد مصرف‌کننده مواد نسبت به افراد غیر مصرف‌کننده، پایین است (پورقاسمی، ۱۳۸۹ و بهزاد و همکاران، ۱۳۹۴). آنچه بسیار مهم به نظر می‌رسد این است که افراد برای افزایش رضایت جنسی، باید اهمیت صمیمیت جسمی و جنسی را درک کنند تا بتواند نقش آنها را در رابطه زناشویی تقویت کنند. در بسیاری از برنامه‌های مداخله‌ای، بر اهمیت شیوه‌های رابطه، تقویت صمیمیت بین زوجین، مفهوم انتظارات زوجین از یکدیگر و تاثیر این انتظارات بر روابط آنها تاکید شده است. زمانی که افراد از اهمیت و راه‌های صمیمیت جسمی و جنسی آگاه می‌شوند، رابطه آنها تقویت می‌شود. بنابراین، این آگاهی دیدگاه آنها را تقویت می‌کند و درک آنها از داشتن رابطه‌ای صمیمی را عمیق‌تر می‌کند (حیدری، حیدری و داوودی، ۲۰۱۷).

در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت که محققان بر این باورند که استفاده از روش‌های درمانی مانند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل راه‌کارهای اساسی مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده بدون قضاوت و امتناع از تکنیک‌های اجتناب تجربی می‌تواند باعث افزایش اثربخشی درمان پذیرش و تعهد شوند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۱). یکی از عوامل آسیب‌شناسی روانی در درمان پذیرش و تعهد به آمیختگی شناختی برمی‌گردد جایی که در آن فرد با افکارش در هم می‌آمیزد و نمی‌تواند قضاوت ذهنی خود از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد. در درمان پذیرش و تعهد با تاکید بر روی آموزش‌های ذهن آگاهی، گسلش شناختی به جای آمیختگی شناختی، پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب تجربی و بودن در زمان حال، تاثیر افکار و

هیجانان ناشی از مصرف مواد روی رفتار آشکار تعدیل می‌شود. بدین صورت که افراد تجربیات، افکار و احساسات ناخوشایند و آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از مصرف مواد را می‌پذیرند و در واقع مستقل از این تجربیات و افکار و احساسات عمل می‌کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

در تبیین یافته‌های بدست آمده همچنین می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در کمک به افراد در زمینه بهبود ارتباطات، افزایش ارتباط عاطفی و افزایش صمیمیت جنسی کمک‌کننده باشد. فرایند گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه در درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا با روش‌های جدید با واکنش‌های درونی خود و انتخاب روابط ارتباط برقرار کنند. با ترکیب گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه با اقدام متعهدانه در خدمت ارزش‌ها، افراد می‌توانند با ایجاد گزینه‌های جدید رفتاری نسبت به رابطه خود، انعطاف‌پذیری رابطه را افزایش دهند. برای مثال، در مطالعه حاضر افرادی بودند که در رابطه خود نگران سلامت جنسی بودند و به نوعی در الگویی از نزدیک شدن و فقدان تمایل به همسر گیر کرده بودند. بدین ترتیب، آن‌ها در نزدیک شدن به همسر به دلیل احساس عدم پذیرش امتناع می‌کردند، همسران نیز به دلیل فاصله عاطفی ایجاد شده ناراضی بودند. با استفاده و بهره‌گیری از استعاره، آن‌ها فهمیدند که ترس از عدم پذیرش، آن‌ها را از انجام کارهایی باز می‌دارد که باعث افزایش نزدیکی جسمی و عاطفی آن‌ها می‌شود - یک ارزش اصلی که آن‌ها، آن را برای روابط خود بسیار مهم می‌دانستند. تمایل آن‌ها به پذیرش و دوری از آنچه در ذهنشان در مورد عدم پذیرش از جانب همسر داشتند، به آن‌ها این امکان را داد تا از راه‌های انعطاف‌پذیرتر، نزدیک شدن به همسر خود را انتخاب کنند. آن‌ها ارزش اصلی صمیمیت جنسی را درک و متعهد شدند که برای رسیدن به هدف اصلی خود یعنی افزایش سلامت جنسی روابط خود تلاش کنند. مجموعه این مداخلات باعث افزایش کیفیت روابط جنسی آن‌ها شد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹).

بر اساس نتایج حاضر در مطالعه می‌توانیم به این نتیجه برسیم که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر یکی از ابعاد مهم رضایت زناشویی یعنی رضایت جنسی تاثیرگذار باشد و می‌تواند رضایت جنسی بیماران بهبود یافته از اختلال مصرف مت‌آفتمین را افزایش

دهد. از محدودیت‌های پژوهش این بود که مداخله به این دلیل که مراجعه زنان به انجمن معتادان گمنام در شهر یزد بسیار پایین، صرفاً روی مردان بهبودیافته از اختلال مصرف مت‌آفتامین اجرا گردید. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با توجه به اهمیت موضوع و ارتباط آن با زوجین، لازم است که هم مردان و هم زنان در مطالعه مشارکت داشته باشند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در اجرای پژوهش همکاری و مشارکت داشته‌اند، مراتب سپاس و قدردانی خود را اعلام نمایند.

منابع

ارجمندقجور، کیومرث؛ محمودعلیلو، مجید؛ خانجانی، زینب و بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آفتامین. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۲ (۴۹)، ۹۹-۱۲۲.

باباخانیان، مسعوده (۱۳۸۹). مقایسه اختلالات زناشویی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر قبل و بعد درمان نگهدارنده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

بک‌چالاک، نسرین و منصور، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان «پذیرش و تعهد» در رضایت از زندگی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد. مجله مطالعات ناتوانی، ۷ (۸۹)، ۱-۷ بهزاد، سارا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و تقوایی، داوود (۱۳۹۴). مقایسه تصویر بدنی، کیفیت خواب و رضایت زناشویی در زنان مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده مواد. سلامت اجتماعی، ۳ (۱)، ۳۱-۴۰.

پورا کبر، سمیه (۱۳۸۹). بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی در تبیین رابطه بین رضایت جنسی با رضامندی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس.

پورقاسمی، مرضیه (۱۳۸۹). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کارکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

حجت‌پناه، مینا و رنجبر کهن، زهره. (۱۳۹۲). رابطه رضایت جنسی، رضایت زناشویی و رضایت زندگی زوجین. چشم‌انداز امین در روان‌شناسی کاربردی، ۱ (۱)، ۱-۸.

خاکباز، حمید (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آفتماین بازتوانی شده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رحمانی، اعظم؛ صادقی، نرجس؛ الله‌قلی، لایلا و مرقاتی‌خویی، عفت‌السادات (۱۳۸۹). ارتباط رضایت جنسی با عوامل فردی در زوجین. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۳(۶۶)، ۱۴-۲۲.

رحیمی، علی؛ سهرابی، نادره؛ رضایی، آذرمیدخت و سروقد، سیروس (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال مصرف مواد در مبتلایان مصرف‌کننده مواد محرک (مت‌آفتماین). *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۷۳)، ۷۹-۸۹.

شمس مفرحه، زهرا؛ شاه‌سیاه، مرضیه؛ محبی، سیامک و تیرایی، یاسر (۱۳۸۹). بررسی تاثیر مشاوره زناشویی بر رضایت جنسی زوجین شهر شیراز. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۶(۳)، ۴۲۴-۴۱۷.

عسگری، پرویز؛ پاشا، غلامرضا و آذرکیش، مریم (۱۳۹۰). مقایسه تعهد زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه‌دار. *اندیشه و رفتار*، ۶(۲۱)، ۵۳-۶۰.

علی‌اکبری‌دهکردی، مهناز (۱۳۸۹). رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۳)، ۱۱۹-۲۰۶.

فرهادی، افسون؛ صالحین، شهربانو؛ آقایان، شاهرخ؛ کرامت، افسانه و طالبی، سولماز (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان تازه متاهل. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۸(۲)، ۸۳-۹۲.

قوانلو، الهام (۱۳۸۳). بررسی تاثیر اعتیاد مردان بر روابط زناشویی با همسران در شهرستان مشهد. پایان‌نامه کارشناسی مددکاری اجتماعی، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کاکویی‌دینکی، عیسی و قوامی، نسرين‌السادات (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوءمصرف مواد مخدر. *فصلنامه سلامت اجتماعی اعتیاد*، ۱(۴)، ۹-۳۲.

کاوسیان، جواد؛ حریفی، حسنیه و کریمی، کامبیز (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج‌ها. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۴)، ۷۵-۸۷.

کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام‌الدین و پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۶(۲۴)، ۲۷-۳۶.

مراذزاده، فریبا و پیرخوانقی علیرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متاهل اداره بهزیستی. *روان‌پرستاری*، ۵(۶)، ۷-۱.

مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ منصور، زهره و جوانمرد، زینب (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین الگوی رفتار جنسی و سازگاری زوجی زنان با توجه به متغیر تعدیل‌کننده سن. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، ۴(۱۳)، ۱۰۰-۷۷.

References

- Abbasi, M., Dargahi, S., Bakhtiari, Z., & Alipour, G. (2017). Effect of acceptance and commitment based training on psychological well being and marital satisfaction in divorce applicants couples. *Journal of Research and Health*, 7(6), 1146-1153.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Aram, P. W., Bailey, G. J. R., Lavin, A., & See, R. (2016). Methamphetamine Self Administration Produces Attentional Set-Shifting Deficits and Alters Prefrontal Cortical Neurophysiology in Rats. *Biological Psychiatry*, 69(3), 253-259.
- Baruch, D., Kanker, J., & Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2013). *Groups: Process and practice*. Cengage Learning.
- Gadassi, R., Bar-Nahum, L. E., Newhouse, S., Anderson, R., Heiman, J. R., Rafaeli, E., & Janssen, E. (2016). Perceived partner responsiveness mediates the association between sexual and marital satisfaction: A daily diary study in newlywed couples. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 109-120.
- Grover, S., Mattoo, S.K., Pendharkar, S., & Kandappan, V. (2014). Sexual dysfunction in patients with alcohol and opioid dependence. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), 355-365.
- Hayes, S., Strosahl, K.D., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of Mindful change*. The Guilford press.
- 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.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Heidari, A., Heidari, H., & Davoudi, H. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the physical and psychological marital intimacy of women. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 3(3), 163-167.
- Homer, B. D., Solomon, T. M., Moeller, R. W., Mascia, A., DeRaleau, L., & Halkitis, P. N. (2008). Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: a review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological Bulletin*, 134(2), 301-310.
- 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.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175-190.
- McKenna, S. A. (2014). Navigating the risk environment: Structural vulnerability, sex, and reciprocity among women who use methamphetamine. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 112-115.
- Meston, C., & Trapnell, P. (2005). Outcomes Assessment: Development And Validation Of A Five-Factor Sexual Satisfaction And Distress Scale For Women: The Sexual Satisfaction Scale For Women (Sss-W). *The Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 66-81.
- Paquette, R., Tanton, C., Burns, F., Prah, P., Shahmanesh, M., Field, N.,... Mercer, C.H. (2017). Illicit drug use and its association with key sexual risk behaviours and outcomes: Findings from Britain's third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Plos One*, 12(5), e0177922.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430-442.
- Saremi Nezhad, M. S., & Shameli, L. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction of couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(1), 58-65.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J.M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 31(2), 98-107.
- Yucel, D., & Gassanov, M. A. (2010). Exploring actor and partner correlates of sexual satisfaction among married couples. *Social Science Research*, 39(5), 725-738.

