



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

زمان چاپ: ۱۴۰۲/۰۲/۱۰

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و رضایت زناشویی در مردان متاهل

رحیمه نادری نژاد<sup>۱</sup>، مهدی ولی زاده<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی خردگرایان مطهر، مشهد، ایران

۲- دکتری روانشناسی عمومی، مشهد، ایران

ایمیل نویسنده رابط: [RahimehNaderinezhad@gmail.com](mailto:RahimehNaderinezhad@gmail.com)

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و رضایت زناشویی مردان متاهل انجام شده است. روش این تحقیق به شیوه ی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان متاهل شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ بوده که به مراکز مشاوره جهت زوج درمانی مراجعه کرده بودند. از میان آنان ۳۰ نفر به روش دردسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۱۰ جلسه دریافت نمودند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های ناگویی خلقی و رضایت زناشویی استفاده شد. داده ها از طریق روش آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها حاکی از آن است که ناگویی خلقی افراد شرکت کننده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا نموده بود. علاوه بر آن، رضایت زناشویی به صورت معناداری افزایش یافته بود ( $P < 0/05$ ) لذا می توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش ناگویی خلقی و افزایش رضایت زناشویی در مردان متاهل می شود.

**کلیدواژه ها :** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ناگویی خلقی، رضایت زناشویی، مردان متاهل



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

## مقدمه

ازدواج مقدمه تشکیل خانواده است و به عنوان عالی ترین رسم اجتماعی برای دست یابی به نیازهای عاطفی و امنیتی افراد بزرگسال همواره مورد تایید بوده است. علی رغم اینکه ازدواج رضایت بخش یکی از عوامل مهم بهداشت روانی جامعه محسوب می شود ولی چنانچه ازدواج و زندگی شرایط نامناسب و نارضایتی زوجین برای ارضا نیازهای روانی یکدیگر ایجاد کند اثرات منفی و گاهی جبران ناپذیر به جا می گذارد. (ویسمن، شلدون، گیورینگ، ۲۰۰۰). در هر صورت، همانطور که از دیگر منابع هم مشخص میشود، منظور از « خانواده» در این متن، مجموعه افرادی است که در یک جا و کنار هم زندگی می کنند و معیار دلبستگی و همزیستی آنان دو چیز است: زوجیت یا قرابت (پارک و لاد، ۲۰۱۶). اثرهای محافظتی ازدواج برای سلامت و بهداشت خلقی و فیزیکی به صورت گستردهای به اثبات رسیده است (کار و اشپرینگر، ۲۰۱۰). روابط عاشقانه یکی از منابع مهم حمایت اجتماعی هستند و داشتن روابط عاشقانه با سطوح بالایی از شایستگی اجتماعی و عزت نفس همراه است. (فورمن، هو و لو، ۲۰۰۷). و همچنین، ثبات عاطفی و توافق بالا در میان همسران به صورت قابل توجهی با رضایت بیشتر آنان همراه خواهد بود (دیرنفورث، کاشی، دونلان و لوکاس، ۲۰۱۰). باوجود این، روابط عاشقانه می تواند با دوره هایی از تعارض و استرس رو به رو شود و برهم خوردن روابط عاشقانه باعث بروز هیجان های منفی قوی گردد (کولینز، ولش و فورمن، ۲۰۰۹). اغلب ناهنجاری های روابط زناشویی به آشفتگی های خلقی مرتبط است (تیلور، ۲۰۰۷). توانایی ایجاد و حفظ رابطه ای رضایت بخش به توانایی شناسایی هیجانان، ابراز هیجانان نسبت به همسر (کارتون، کسلر و پیپ، ۱۹۹۹) و توانایی پذیرش و فهم هیجانان شریک مقابل (شافر و اولسون؛ ۱۹۸۱) نیاز دارد. یکی از اختلال های خلقی ناتوانی در آگاهی و توصیف هیجانان و به بیان دیگر ناگویی خلقی است. ناگویی خلقی نقض در خود تنظیم گری خلقی تعریف میشود (کریترلر، ۲۰۰۳). تنظیم هیجان فرایندی پیچیده است که شامل تعادل میان سیستم های حرکتی- اجرایی، عصبی- جسمانی و شناختی- تجربی هیجان است (نمیا، ۲۰۰۱). ناگویی خلقی سازه ای چند وجهی است متشکل از: الف) دشواری در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات و تهییج های بدنی مرتبط با انگیزتگی خلقی، ب) دشواری در توصیف کردن احساسات برای افراد

<sup>1</sup> Whisman, Sheldon, Goering

<sup>2</sup> Parke, & Ladd

<sup>3</sup> Carr, & Springer

<sup>4</sup> Furman, Ho & Low

<sup>5</sup> Dyrenforth, Kashy, Donnellan & Lucas

<sup>6</sup> Collins, Welsh, & Furman

<sup>7</sup> Taylor

<sup>8</sup> Carton, Kessler, Pape

<sup>9</sup> Schaefer, & Olson

<sup>1</sup> Kreitler

<sup>1</sup> Nemiah



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

دیگر (ج) قدرت تجسم محدود که بنابر فقر خیال پردازی ها مشخص میشود، (د) سبک شناختی عینی (غیرتجسمی) واقعیت محور، عملگرا و یا تفکر عینی. مطالعات نشان داده اند که اشخاص دارای ناگویی خلقی در شناسایی صحیح هیجانات از چهره افراد دیگر با مشکل مواجه اند (پارکر، تیلور، بگبی ۱۹۹۳)، ظرفیت آنها برای همدردی با حالات خلقی افراد دیگر محدود است (ونهل و همکاران، ۲۰۰۶). ناگویی خلقی اولیه اساس زیستی دارد و دو دسته علت را شامل می شود: یکی به علت عدم ارتباط نواحی درون نیم کره ای نئوکورتکس با جسم پینه ای مرتبط است و دیگری با کم شدن فعالیت کورتکس سینگولیت قدامی (رژمن و اسمیت، ۲۰۰۱) خلقی ثانویه با عوامل روانشناختی مربوط بوده و نتیجه آن پدیدآیی روانی عدم ارتباط صحیح کارکردی نواحی عصبی آناتومیک است (تنهاتن، هوپ، بوگن و والتر، ۱۹۹۶). سه منبع احتمالی برای ایجاد ناگویی خلقی ثانویه مطرح شده است: مواجهه با شرایط آسیب زا در گذشته (یا آسیب پیش گستر)، ترس از درماندگی روانشناختی در آینده (یا آسیب پس گستره)، و نهایتاً عوامل اجتماعی و محیط خانوادگی (بختی، غنایی چمن آباد و عبدخدایی ۱۳۹۰). افراد دارای ناگویی خلقی به علت بی علاقگی و بی تفاوتی در مقابل دیگران و ناتوانی در بیان کردن نیازهایشان مشکلات میان فردی زیادی دارند؛ گویا توانایی رو به رویی با چالش های میان فردی در موقعیت های اجتماعی را ندارند (ونهل و همکاران، ۲۰۰۶).

هر یک از زوجین، زمانی که تصمیم به ازدواج میگیرند، با خویش خصوصیات دارند که حاصل شرایط خانوادگی آنهاست. شکل روابط حاکم بر خانواده اصلی هر یک از زوجین به شکل ناسازگاری ها، تعارضات و مشکلات زناشویی میان والدین آنان، بر حالات روانی- شخصیتی و ویژگی های فرزندی که اکنون مایل به ازدواج است تأثیر زیادی بر جای میگذارند (دیویس، استورج-اپل، وینتر، کومینگر و فارل، ۲۰۰۶). در هر ارتباط زناشویی، شخص مقابل نیازهایی دارد که در خانواده مبدأ خویش ارضا نشده است و معمولاً بدن آگاهی هشیارانه از این نیازها، چشم دارد که شخص مقابل این نیازها را برطرف کند.

پایه و اساس خانواده با ازدواج شکل می گیرد اما مهم تر از ازدواج سازگاری و رضایت زناشویی است (احمدی، مرزآبادی، مولازمانی، ۲۰۰۵). در سال های اخیر کمک به زوج ها برای بهبود روابط زناشویی خود با استفاده از روش های مختلف درمان مورد توجه قرار گرفته است. لازمه کمک به زوج ها برای حل مشکلات زناشویی شناخت عوامل و علل موثر بر نارضایتی زناشویی است. رضایت با نارضایتی زناشویی تحت تاثیر عوامل متعددی قرار می گیرد (کیاروچی، چان، بجگر، ۲۰۰۱). این گونه به نظر می رسد که رضایت زناشویی به طور مستقیم و غیرمستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی رابطه داشته باشد. درحالی که مشخص شده است نارضایتی از ازدواج منجر

<sup>1</sup> Parker, Taylor, Bagby

2

<sup>1</sup> Roseman, & Smith

3

<sup>1</sup> TenHouten., Hoppe., Bogen, & Walter

4

<sup>1</sup> Davies, Sturge-Apple, Winter, Cummings, & Farrell

5

<sup>1</sup> Ciarrochi, Chan, Bajgar

6



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

به تنش و اضطراب و در نهایت انحلال واحد خانواده می شود (شاکلفورد، گوتز، باسر، ۲۰۰۸). بر اساس تعریف رضایت زناشویی حالتی است که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن احساس شادمانی و رضایت دارند (سینها، ماکر جی، ۱۹۹۱). رضایت زناشویی به عنوان وضعیتی که زن و شوهر پاسخگوی نیاز های یکدیگر هستند و درک و پشتیبانی و تایید شریک زندگی تعریف شده است (دریک، هیوستون، کویگلی، تستا و همکاران، ۲۰۱۴). به منظور افزایش رضایت زناشویی رویکرد های درمانی گوناگونی وجود دارد که از جمله ی آن می توان به روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. این درمان یکی از رفتار درمانی های مبتنی بر ذهن آگاهی است که اثر بخشی آن برای درمان طیف گسترده ای از وضعیت های بالینی معلوم شده است. اصطلاح موج سوم یا نسل سوم را در اشاره به درمان های شناختی \_ رفتاری ابداع شد. دو نوع اصلی آن شامل درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز، تسدیل، ۲۰۱۴) و درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایس، استروسال، ویلسون، ۲۰۱۲) می باشد که در سال های اخیر پدید آمده اند. درحالی که در هر دو نوع درمان ریشه های شناختی و رفتاری دیده می شود اما فرضیه اصلی و هدف این نوع درمان ها تغییر شناخت و کمک به احساس بهتر بودن است. درمان اکت در مخالفت با فرضیه بهنجار بودن سالم روانشناسی غرب این فرض را دارد که فرایند های روانشناختی ذهن اغلب مخرب و موجب رنج روانشناختی هستند. کاهش علامت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیست. چنین موضعی بر این باور استوار است که تلاش مداوم برای خلاص شدن از شر علائم خود می تواند اختلال بالینی ایجاد کند (هایس، استرومال، ویلسون، ۱۹۹۹). اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدی و نیز گاهی به طور کامل به وسیله تغییرات در فرایندهای روانی واسطه حاصل می شود (هایس، لوین، پلامب، ویلیت و همکاران، ۲۰۱۴). و اخیرا فرا تحلیل مولفه های این نوع درمان اثربخشی متوسط تا خیلی زیاد آن را در مشکلات روانی و مشکلات خانواده تایید کرده است (لوین، هیلدبرانت، لیلیس، هایس، ۲۰۱۴). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی شناختی جسمی و رفتاری مشکلات می باشد. که در نهایت منجر به افزایش بهزیستی و کمک به عملکرد بهتر در زندگی افراد می شود (هافمن و همکاران، ۲۰۰۸) - (ارچ و همکاران، ۲۰۰۸) - (هافمن، اسموندسن و بک، ۲۰۱۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ( به معنی اقدام ) مخفف جالبی است چون این درمان درباره انجام اقدام موثری است که به وسیله عمیق ترین ارزش های افراد هدایت می شود آن هم درحالی که افراد کاملا آماده و متعهد هستند. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که می توان

1 Shackelford , Besser , Goetz	7
1 Sinha , Mukerjee	8
1 Derrick , Houston , Quigley , Testa	9
2 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	0
2 Segal , Williams , Teasdale	1
2 Hayes , Strosahl , Wilson	2
2 Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga , Villatte	3
2 Levin , Hildebrandt , Lillis , Hayes	4
2 Hofmann	5
2 Arch	6
2 Asmundson , Beck	7



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

یک زندگی پرمعنا ساخت. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش را آغاز کرد با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه های درونی ناخواسته و نامطلوب رو به رو خواهید شد ( افکار تصورات احساسات حس های بدنی تکانه ها و خاطرات) علل استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر ارزیابی و توسعه یک طرح درمانی است. در این درمان بر ارزیابی عملکرد رفتاری مراجع تاکید می شود نه علت یابی. اکت نوعی رفتار درمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه های ارزنده است (هایس، استروهل، ویلسون، ۲۰۰۹). از این منظر توسعه و نگه داری پریشانی تعارض و فاصله عاطفی در زوج ها ناشی از ترکیب کنترل های محکم و بی فایده هر یک از آنها و راهبرد های اجتناب تجربی در رابطه با زن و شوهر است (سجادیان، قادری سناوی، فرهودیان، محقق و همکاران، ۲۰۱۵).

## روش

روش تحقیق نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل نابرابر است. در این مطالعه دو گروه وجود دارد که برای گروه اول (گروه آزمایش) روش درمان در مورد پذیرش و تعهد به عنوان یک متغیر مستقل پیاده سازی می شود و گروه کنترل هیچگونه آموزش دریافت نمی کند و سرانجام پس از انجام آموزش گروهی، از آنها پس آزمون گرفته می شود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام مردان متاهل شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ بوده که برای زوج درمانی به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند که از میان آنان ۳۰ نفر که نمره کمتری در پرسش نامه ناگویی خلقی تورنتو کسب کرده بودند به روش تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جای داده شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۱۰ جلسه دریافت کردند و برای گروه کنترل مداخله ای انجام نشد. یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد که بر روی آنان هیچ درمانی انجام نشد و گروه دیگر طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه، هفته ای یک بار درمان درمان اکت دریافت کردند. سرانجام پس از جلسات درمانی از مودنی های هر دو گروه پس آزمون را کامل می کنند.

## جامعه نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این مطالعه کلیه مردان متاهل شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ بود که در فاصله زمانی اجرای پژوهش حداقل یک سال از زندگی مشترک آن ها گذشته بود. از میان ۱۰۰۰ نفر که پرسشنامه ناگویی خلقی در فضای مجازی برای آن ها ارسال شده بود ۳۰ نفر از آن ها که نمره پایینی دریافت کرده بودند به طور تصادفی انتخاب شدند و در گروه های آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند.



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

## ابزارهای پژوهش

مقیاس ناگویی خلقی تورنثو<sup>۲</sup>: این مقیاس به وسیله بگی و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده است که ۲۰ گویه به شکل جملات خبری در مورد آزمودنی ها دارد که آزمودنی باید سطح مخالفت یا موافقت خویش را با هر گویه طبق گزینه های موجود مشخص کند. گزینه ها برای همه گویه ها به شکل همانند بوده و در طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً «مخالفم» تا «کاملاً موافق» نمره گذاری شده است. نمره های شرکت کنندگان باید در دامنه ای از ۲۰ تا ۱۰۰ قرار داشته باشد و نمرات بالا بیانگر ناگویی خلقی بیشتر می باشد. در مقیاس ناگویی خلقی، گویه های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به شکل معکوس نمره گذاری می شوند. اولین خرده مقیاس این ماده (دشواری در شناسایی هیجانها) ۷ گویه، دومین خرده مقیاس (دشواری در توصیف هیجانها) ۵ گویه و سومین خرده مقیاس (تفکر برون مدار) دارای ۸ گویه می باشند. در این پرسشنامه هم نمرات هر سه زیر خرده مقیاس و هم نمرات کل مقیاس پریشانی خلقی که از جمع امتیازات گزینه های انتخاب شده توسط شرکت کننده بدست می آید، قابل اندازه گیری است. در بسیاری از مطالعات و فعالیتهای بالینی، نمره کلی ۵۲ و ۶۰ به طور کلی نمره برش تشخیصی خوبی در نظر گرفته شده است (مادستاین و همکاران ۲۰۰۴).

به منظور ارزیابی قابلیت اطمینان این مقیاس، تیلور و همکاران (۱۹۹۷) قابلیت اطمینان این مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و با روش بازآزمایی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۷۷ گزارش داد. در نسخه فارسی این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی و سه خرده مقیاس «دشواری در توصیف احساسات»، «دشواری در شناخت احساسات» و «تفکر عینی» به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است. که نشانگر سازگاری داخلی مناسب این مقیاس است (بشارت، ۲۰۰۷).

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ<sup>۳</sup>: به منظور بررسی رضایت زناشویی افراد قبل و بعد از انجام مداخله از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد که اولین بار توسط السون در سال ۱۹۸۹ تدوین شد و در سال ۲۰۰۶ توسط السون مورد تجدید نظر قرار گرفت. مقیاس تجدید نظر شده این پرسشنامه دارای ۳۵ سوال و چهار خرده مقیاس شامل رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف ارمانی می باشد. ضریب الفای پرسشنامه برای خرده مقیاس های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف ارمانی به ترتیب از این قرار است: 83,84,86,81 درصد و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه در پژوهشی با تعداد ۳۶۵ زوج به ترتیب برابر با ۶۸ درصد (با حذف سوال ۲۴ الف ۷۸ درصد می شود) 77,62,78 درصد به دست آمد. این پرسشنامه دارای ۴ نمره مجزا است که برای مجموع ماده های هر مقیاس یک نمره کل محاسبه می شود. نمره های خام به درصد تبدیل می شود. پرسشنامه به صورت پنج گزینه ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع

<sup>2</sup> Toronto Alexithymia Questionnaire

<sup>2</sup> ENRICH Marital Satisfaction Scale



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

لیکرت است) می باشد. این پرسشنامه برای هر یک از ماده ها پنج گزینه، «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نه موافقم و نه مخالف»، «مخالفم» و «کاملاً مخالفم» می باشد که برای آن ها نمره ای از ۱ تا ۵ تعلق می گیرد.

## شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	استراتژی	مداخلات
جلسه اول: ارزیابی و جهت گیری درمان	گرفتن جزئیات از زوج ها معرفی اهداف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه دوم: ارزیابی های فردی	مصاحبه فردی	جلسه طرح ریزی زوجی یکپارچه سازی ارزیابی فردی و زوجی
جلسه سوم: ارزیابی هزینه های ناامیدی خلاق	بررسی هزینه های تعارض و اجتناب زوج ها توسعه ناامیدی خلاق	استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین های رابطه ای بی اثر
جلسه چهارم: تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای زوج ها	تمرین پذیرش افکار و احساسات تمرین راننده اتوبوس افکار روی برگه تمرین
جلسه ششم: مشاهده افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش های خود به تنهایی و خود در رابطه با همسر	افکار روی برگه تمرین پذیرش واکنش های رابطه
جلسه هفتم: انتخاب جهت ارزش ها	کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش های رابطه و زندگی	تمرین چه چیزی در زندگی/رابطه در حال حاضر می خواهم تمرین نوشتن روی سنگ قبر
جلسه هشتم: شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود	بازبینی کاربرد ارزش ها بحث در مورد موانع ارزش های زندگی و کمک به مراجعان تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند	کاربرگ عمل متعهد-بازبینی تمرین راننده اتوبوس
جلسه نهم: ایجاد الگوهای انعطاف پذیر رفتار در رابطه	معرفی تمایل	کاربرگ عمل متعهد



کاربرگ اقدام متعهد استعاره صحنه شطرنج	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن زوج ها در خود به عنوان زمینه رابطه	جلسه دهم : خود به عنوان زمینه در این ابطه
کاربرگ اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد	جلسه یازدهم: پذیرش و اقدام متعهد
گرفتن کاربرگ اقدام متعهد CD تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه	بازبینی ارزش های رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	جلسه دوازدهم : کار در جهت پایان

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss22، از امار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و از آزمون کوواریانس برای آزمون فرضیه های تحقیق استفاده شده است.

## یافته های پژوهش

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه در خرده مقیاس ها و نمره کل مقیاس ناگویی خلقی

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲۲/۲۶	۲۰/۱۳	۴/۲۱	۲۱/۲۰	آزمایش	دشواری در شناسایی احساسات
۴/۳۱	۲۲/۲۶	۴/۷۴	۲۲/۴۰	کنترل	
۲/۶۱	۱۵/۰۰	۲/۴۴	۱۵/۸۶	آزمایش	دشواری در توصیف احساسات
۲/۵۷	۱۷/۰۶	۲/۸۸	۱۵/۸۶	کنترل	
۴/۲۴	۲۱/۸۶	۵/۰۷	۲۲/۷۳	آزمایش	تفکر عینی
۴/۳۲	۲۳/۴۰	۴/۷۶	۲۳/۴۰	کنترل	
۶/۱۴	۵۷/۰۰	۶/۱۷	۵۹/۸۰	آزمایش	نمره ی کلی
۷/۱۹	۶۲/۷۳	۶/۷۲	۶۲/۶۰	کنترل	

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون خلق و خوی زودرس در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون به ترتیب ۵۹/۸۰ و در مرحله پس آزمون ۶۱/۱۷ بود. آزمون برابر با ۵۷/۰۰ و ۶/۱۴ و در گروه شاهد در مرحله پیش آزمون برابر ۶۲/۶۰ و ۶/۷۲ و در مرحله پس آزمون برابر با ۷۳ است. ۶۲/۱۹ و ۷/۱۹.





# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر



۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد از نمرات پیش آزمون و پس آزمون از دو گروه در مقیاس رضایت زناشویی

تعداد	بیشترین	کمترین	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری		مرحله	زیرمولفه
					گروه			
۲۰	۳۰	۱۱	4/89	22/25	آزمایش		پیش‌آزمون	رضایت زناشویی
۲۰	۳۸	۱۲	3/90	22/89	کنترل			
۲۰	۳۳	۱۳	4/26	24/45	آزمایش		پس‌آزمون	
۲۰	۳۱	۱۱	3/53	19/83	کنترل			
۲۰	۲۶	۷	4/77	16/55	آزمایش		پیش‌آزمون	ارتباطات
۲۰	۲۵	۷	5/88	15/15	کنترل			
۲۰	۲۷	۸	3/11	22/10	آزمایش		پس‌آزمون	
۲۰	۲۲	۶	3/50	19/81	کنترل			
۲۰	۲۰	۶	2/78	15/55	آزمایش		پیش‌آزمون	حل تعارض
۲۰	۲۱	۷	2/82	15/89	کنترل			
۲۰	۲۳	۸	2/88	20/35	آزمایش		پس‌آزمون	
۲۰	۱۹	۵	2/32	17/15	کنترل			
۲۰	۲۲	۹	۲/۱۴	۱۵/۹۰	کنترل		پیش‌آزمون	تحریف ارمانی
۲۰	۲۱	۸	۱/۴۱	۱۵/۳۱	آزمایش			
۲۰	۲۲	۸	۱/۹۸	۱۶/۶۵	کنترل		پس‌آزمون	
۲۰	۲۱	۹	۱/۷۹	۱۴/۵۵	آزمایش			



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

۷۷۸۶-۲۹۸۰-ISSN

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است در مرحله پیش آزمون میانگین زیرمolfه های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف ارمانی هر یک از گروه های آزمایش به ترتیب ۱۶/۲۲، ۵۵/۲۵، ۱۵/۵۵، ۱۵/۹۰ و میانگین گروه کنترل به ترتیب ۲۲/۸۹، ۱۵/۱۵، ۱۵/۸۹، ۱۵/۳۱ می باشد. همچنین در مرحله پس آزمون میانگین زیرمolfه های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف ارمانی در هر یک از گروه های آزمایش به ترتیب ۲۴/۴۵، ۲۲/۱۰، ۲۰/۳۵، ۱۶/۶۵ و میانگین گروه کنترل به ترتیب ۱۹/۸۳، ۱۹/۸۱، ۱۷/۱۵، ۱۴/۵۵ می باشد. بین میانگین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد اما بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معنادار مشاهده می شود که نشان می دهد پکیج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش نمرات مolfه های رضایت زناشویی موثر بوده است.

## یافته های مربوط به فرضیه ها

جدول ۳. نتایج آزمون کواریانس برای مقایسه نمرات دو گروه در پس آزمون خرده مقیاسهای ناگویی خلقی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	دشواری در شناسایی احساسات	11/58	۱	11/58	8/420	0/008
	دشواری در توصیف احساسات	9/71	۱	9/71	5/676	0/025
	تفکر عینی	5/85	۱	5/85	0/789	0/383
خطا	دشواری در شناسایی احساسات	34/39	۲۵			
	دشواری در توصیف احساسات	42/78	۲۵			
	تفکر عینی	185/52	۲۵			
کل	دشواری در شناسایی احساسات	14010/00	۳۰			
	دشواری در توصیف احساسات	7933/00	۳۰			
	تفکر عینی	15899/00	۳۰			

مطابق جدول ۳ نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس نشان میدهد که پس از کنترل اثرات پیش آزمون، بین میانگین نمرات گروههای



آزمایش و کنترل از نظر نمره خرده مقیاسها در نمره خرده مقیاسها، شناسایی هویتها دشوار است ( $F = 8/42$ ;  $P = 0/8$ )، و در توصیف احساسات مشکلی وجود دارد. ( $F = 5.67$ ;  $P < 0.025$ )، و طبق جدول وسایل، معالجه مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش این خرده مقیاس ها شده است.

جدول ۴. بررسی پیشفرض های کواریانس برای متغیرهای پژوهش

بررسی نرمال بودن داده ها		ازمون همگنی واریانس			متغیرها	
سطح معناداری	مقدار اماره	درجه آزادی	سطح معناداری	مقدار F	درجه آزادی	
۰/۶۳۷	۰/۷۴۴	۱	۰/۲۷۰	۱/۲۵	۱	رضایت زناشویی
۰/۸۰۷	۰/۶۴۰	۱	۰/۰۶۲	۳/۶۹	۱	ارتباطات
۰/۶۶۶	۰/۷۲۷	۱	۰/۳۶۵	۰/۸۴۱	۱	حل تعارض
۰/۳۶۰	۰/۴۱۸	۱	۰/۲۵۷	۰/۶۵۷	۱	تحریف ارمانی

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که پیش فرض تساوی واریانس ها در تمام متغیر ها برقرار بوده و همچنین از نرمال بودن داده ها پشتیبانی می کند. بنابراین با توجه به نتایج پیش فرض های انجام شده اینک می توان ازمون تحلیل کواریانس را برای متغیر های پژوهش مورد استفاده قرار داد. در پژوهش حاضر به بررسی چهار هدف پرداخته شده که نتایج تجزیه و تحلیل هر یک از آن ها به ترتیب آورده شده است. هدف اول عبارت است از این که روان درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایت زناشویی زوجین تاثیر دارد. جدول ۵ تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه های آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی می باشد.

جدول ۵. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروههای آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش ازمون	۰/۱۱۸	۱	۰/۱۱۸	۰/۰۰۷	۰/۹۳۳
گروه	۲۴۴/۰۴۴	۱	۲۴۴/۰۴۴	۱۴/۹۶۸	۰/۰۰۰۱
خطا	۵۴۴/۳۶۲	۳۴	۱۶/۳۰۵		

با توجه به نتایج جدول ۷، مشخص می شود که مقدار F در گروه  $[F(1,34) = 14/968, p < 0/0001]$  معنادار شده است. به عبارتی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زوجین تاثیر معناداری دارد.



هدف دوم بیان می کند که روان درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش ارتباطات زوجین تاثیر دارد. جدول ۶ تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه های آزمایش و کنترل در متغیر ارتباطات می باشد.

جدول ۶. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروههای آزمایش و کنترل در متغیر ارتباطات

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش از مون	۱/۰۶۵	۱	۱/۰۶۵	۰/۰۹۵	۰/۷۵۹
گروه	۴۹/۶۶۵	۱	۴۹/۶۶۵	۴/۴۴۳	۰/۰۴۲
خطا	۳۹۱/۲۳۵	۳۵	۱۱/۱۷۸		

با توجه به نتایج جدول ۶، مشخص می شود که مقدار F در گروه  $[F(1,35) = 4/443, p < 0/042]$  معنادار شده است. به عبارتی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش ارتباطات زوجین تاثیر معناداری دارد. هدف سوم تاثیر روان درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش حل تعارض زوجین را بررسی می کند. جدول ۵ تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه های آزمایش و کنترل در متغیر حل تعارض می باشد.

جدول ۷. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروههای آزمایش و کنترل در متغیر حل تعارض

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش از مون	۰/۷۸۹	۱	۰/۷۸۹	۰/۱۱۳	۰/۷۳۹
گروه	۱۱۰/۰۸۵	۱	۱۱۰/۰۸۵	۱۵/۷۴۱	۰/۰۴۲
خطا	۲۵۱/۷۶۱	۳۶	۶/۹۹۳		۰/۰۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۷، مشخص می شود که مقدار F در گروه  $[F(1,36) = 15/741, p < 0/0001]$  معنادار شده است. به عبارتی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش حل تعارض زوجین تاثیر معناداری دارد. هدف چهارم تاثیر روان درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش افکار ارمانی زوجین را بررسی می کند. جدول ۸ تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه های آزمایش و کنترل در متغیر افکار ارمانی می باشد.

جدول ۸. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروههای آزمایش و کنترل در متغیر افکارآرمانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش از مون	۰/۲۳۳	۱	۰/۲۳۳	۰/۰۶۲	۰/۸۰۵
گروه	۳۷/۸۱۹	۱	۳۷/۸۱۹	۱۰/۰۵۹	۰/۰۰۳
خطا	۱۳۵/۳۴۹	۳۶	۳/۷۶۰		

با توجه به نتایج جدول ۸، مشخص می شود که مقدار F در گروه  $[F(1,36) = 10/059, p < 0/003]$  معنادار شده است. به عبارتی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش افکار ارمانی زوجین تاثیر معناداری دارد.



## بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه سعی شده است اثربخشی درمان براساس پذیرش و تعهد بر عدم ناگویی خلقی، رضایت زناشویی در مردان متاهل محاسبه و تعیین شود. برای این منظور، دو پرسشنامه ناگویی خلقی و رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) متاهل که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده است، انجام شد. افراد گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند و هیچگونه درمانی برای گروه کنترل اعمال نشده است. داده ها و نتایج به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. در رابطه با این فرضیه که تأثیر پذیرش و درمان مبتنی بر تعهد را بر ناگویی خلقی در مردان متاهل نشان داد، نتایج این تحقیق نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در سطح ( $p < 0/05$ ) در کاهش ناگویی خلقی امتیازات مؤثر بوده است این نتایج نشان میدهد که درمان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معنی داری بر عدم ناگویی خلقی مردان متاهل دارد. بنابراین، فرضیه اول تحقیق تأیید شده است. این یافته مطابق با تحقیقات تیلگی و همکاران بو (1397) درویش باصری و دشت بازرگی (1396) سفید و همکاران (2011) به عنوان مثال، وایت و همکاران (2011) در مطالعه‌های درباره پذیرش و درمان مبتنی بر تعهد برای ناگویی در عملکرد عاطفی در افراد مبتلا به روانپزشکی گزارش داد که این درمان باعث کاهش ناگویی عاطفی میشود. همچنین درویش باصری و دشت بازرگی (2017) در یک مطالعه با عنوان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ضعف عاطفی در بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 نشان دادند که گروه درمانی براساس پذیرش و تعهد معنادار است افزایش تنظیم احساسات شناختی و کاهش پریشانی عاطفی در بیماران مبتلا به دیابت نوع 2. با توضیح تأثیر پذیرش و تعهد درمانی در کاهش نوسانات خلقی، میتوان گفت که این روش با ارائه یک تکنیک پذیرش با گرایش به تجربه سختیها یا سایر



دوازدهمین کنفرانس ملی حقوق، علوم اجتماعی و انسانی، روانشناسی و مشاوره



حوادث مزاحم بدون محدود کردن آنها، درک بهتری از مقاومت در برابر چالشهای زندگی ارائه میدهد. و مردم بر این باورند که این توانایی را دارند که با چالشهای زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی روبرو شوند. در نتیجه، اجتناب، اضطراب و ترس از چالشها کاهش مییابد و در نهایت نوسانات روحی کاهش مییابد.



توضیح دیگر این است که هدف اصلی پذیرش و تعهد درمانی ایجاد و افزایش انعطافپذیری است. این یعنی ایجاد توانایی انتخاب از گزینه های متنوعی که مناسب تر است و این باعث افزایش تابآوری، بهزیستی روانشناختی و احساس آرامش میشود و همچنین درمان پذیرش و تعهد برای کمک به افراد در شناسایی استرس های زندگی، که علل مقابله با منابع استرس زا سازگار است. بنابراین، پذیرش و ارتکاب درمان با کمک به افراد برای شناسایی احساسات و خلق و خو و نحوه ابراز خشم، نوسانات روحی را کاهش میدهد. آخرین توضیحی که براساس نظر امین پور و قربانی (2015) ساخته شده این است که پذیرش بدون قضاوت بسیار مهم است. زیرا فردی که پذیرش بالایی دارد، بدون تلاش برای کنترل آنها یا فرار یا اجتناب از آنها، به راحتی میتواند برانگیختگی افکار و احساسات خود را متوجه شود، که عواقب مثبتی دارد. در مقابل، فردی که پذیرش کم دارد، به سادگی در حال تحریک محرکهای روانی و استراتژیهای برای تغییر شکل و دفعات افکار و احساسات است، به عنوان مثال، سعی در توجیه یا سرکوب افکار خود دارد. بنابراین، پذیرش و درمان تعهد با آموزش پذیرش و تعهد برای کاهش آن، نوسانات روحی را کاهش میدهد. همانطور که در بخش یافته ها مشخص شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زوج ها موثر است. یافته های این پژوهش با نتایج تحقیقات (مرشدی و همکاران ۲۰۱۵، لشنی و همکاران ۲۰۱۳) همخوانی دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش به مراجع این امکان را می دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری و افزایش عمل در مسیر های ارزشمند را به افراد آموزش می دهد.

تغییر روابط با تجارب درونی شان شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تاکید می شود. اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد مخالف است) یک جنبه مهم این درمان محسوب می شود. به گونه ای که واکنش پذیری ترس و قضاوت های بیجا کاهش می یابد. چرا که نشان داده شده است این حالت ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می دهد و انگیزه اجتناب



تجربی را فراهم می کند. در نهایت هدف این آموزش تجربه افکار احساسات و حس ها همانگونه که به طور طبیعی اتفاق می افتد می باشد. چندین مداخله می تواند برای تحقق این هدف استفاده شود (اوربیچ و همکاران، ۲۰۱۱). آموزش روانی\_اجتماعی به مراجعین کمک می کند تا ماهیت تجارب درونی شان (به خصوص عملکرد هیجانات) و نقش را که روابط نامناسب با تجارب درونی شان (به خصوص عملکرد هیجانات) و نقش را که روابط نامناسب با تجارب درونی می تواند در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگیشان داشته باشد بفهمند.

پایش خود می تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی اش کمک کند. به خصوص این نکته که را بفهمد که تجارب کم و زیاد می شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می یابد که راه های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می کند (رومر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). در نهایت رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تاکید می کند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. این درمان ها ارزش بیش از آن که نوعی قضاوت اخلاقی باشد اهمیت شخصی یک عمل خاص را نشان می دهد و این ارزش ها می تواند شامل بهبود روابط بین فردی تحصیل مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد. هدف درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است اما وی از آن اجتناب می کند. مولفه مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع آوردن آگاهی به لحظات که بر اساس این ارزش ها اتفاق می افتد و اقدام به انجام این ارزش ها است. همه روش هایی که دو هدف اول را تحقق می بخشند رسیدن به این هدف را نیز عملی می

<sup>3</sup> Iverach

1

<sup>3</sup> roemer

2





کند (رومر و همکاران، ۲۰۰۸). در بعد افزایش رضایت زناشویی درمان اکت به طور معناداری اثربخش بوده است. در خصوص تبیین این نتیجه می توان اظهار داشت از آنجا که درمان اکت عمل عشق را از احساس عشق متمایز می داند و اعتقاد هست که عشق عمل است نه احساس می توان عنوان کرد که شرکت کنندگان به کمک این تفکیک تمرین های گسلش و پذیرش را انجام داده و ناخوشایندهای موجود در دیگر حوزه ها را وارد حوزه زناشویی نکرده اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش موسوی و همکاران همسو است (م اسوده، ۱۳۸۷).

در بعد ارتباط زوجین نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثربخش بوده است. در این راستا قابل ذکر است که زوجین از طریق پذیرش و تمرین گسلش یاد می گیرند بدون قضاوت تحقیر اهانت و مقایسه کردن همسر خود را انگونه که هست بپذیرند همچنین با آموزش معنای جدیدی از کنجاوی روابط همسران شکل جدیدی به خود می گیرد. لذا درمان در این بخش موثر است. ارزش ها برای طرفین ارزشمند و شخصی شده و با شیوه سازگاران تری به حل تعارض ها می پردازند. لذا از این طریق اهمیت رابطه با همسر در زندگی را با دید بهتری بررسی می کند. همچنین مزیت دیگر رویکرد پذیرش آگاهی یافتن از آن چیزی است که از نظر شریک زندگی و روابط آنها مهم است. این باعث می شود که از رفتارهایی که منجر به به واکنش ناخوشایند دیگری می شود آگاه شوند و در نتیجه از مسیر ارزش ها دور نشده و رفتارهای مشکل زا را انتخاب نکنند. نتایج این یافته ها با نتایج مطالعات موسوی و همکاران (۲۰۱۴) و پترسون و همکاران همسو می باشد. یافته دیگر نشان داد که درمان اکت باعث حل تعارض شده است. که با یافته های پترسون و همکاران و لنشی همسو است. در تبیین این یافته نیز می توان عنوان نمود که همانطوری که برای شرکت کننده ها تصریح ارزش ها رخ می دهد و ارزش ها برای آن ها مهم و مشخص می شود با شیوه سازگاران تری نسبت به قبل به حل تعارض ها می پردازند. زوجین به این شیوه به اهمیت رابطه با همسر در زندگی پی می برند. با تامل بیشتری به رفتارهای شریک خود پاسخ می دهند. در حقیقت با افزایش خزانه رفتاری خود دست از اجتناب ها کشیده و با آگاهی بیشتری اقدام به حل تعارض ها می کنند. با وجود نوظهور بودن درمان اکت در مقایسه با درمان های دیگر ادبیات محدود این رویکرد نشان می دهد که این درمان در حوزه خانواده درمانی و زوج درمانی موثر باشد. پژوهش حاضر نشان داد درمان اکت می تواند



برناگویی خلقی و افزایش سطح رضایت زناشویی به طور کلی و در خرده مقیاس ها به طور خاص افزایش داشته باشد.

## References

1. احمدی ک، مرزآبادی علی، ملازمانی علی، (۱۳۵۴). بررسی وضعیت ازدواج و سازگاری زناشویی در میان کارکنان ارتش بررسی وضعیت ازدواج و سازگاری زناشویی در بین کارکنان ارتش، ۷(۲): ۱۴۱-۵۲
2. آسوده م. عوامل ازدواج موفق از دیدگاه زوج های خوشبخت، خانواده مشاوره. پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده: دانشگاه تهران ۱۳۸۹.
3. امین پور رضا، قربانی مریم، (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با استرس زنان مبتلا به کولیت اولسراتیو. گوارش ج ، ۲۰(۱): ۳۴-۴۲
4. خلیقی زنان ۴. تیگی، ط، مجرد و جعفری ثانی، (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روانشناختی و ناگویی مبتلا به درد مزمن مطالعات روانشناختی، ۱۴(۳)، ۱۴۸-۱۶۲
5. درویش باصری، ل و دشت بزرگی، ز (۱۳۹۶). در پژوهشی با عنوان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. نشریه روان پرستاری، ۵(۱)، ۱۳-۷
6. لسانی لیلیا، فرهودیان ع، ازخوش محمد، دولتشاهی ب، سعادت ح، (۱۳۹۱). پذیرش و تعهد. درمان در رضایت جانبازان ضایعات نخاعی همسران. توانبخشی ایرانیان مجله ۱۱ (۲): ۵۶-۶۰
7. مرشدی مرشدی، داورنیا ر، زهراکار کاخ، جلال محمدی محمدی، شکر می محمد، (۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی شغلی زوجین متأهل. مجله پرستاری پژوهش، ۱۰ (۴): ۷۶-۸۷
8. موسوی محمد، رشیدی علی، گل محمدیان محمد، (۱۳۹۳). اثربخشی پذیرش و تعهد درمان بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده. مجله دوسالانه مشاوره کاربردی ، ۵ (۲): ۹۷-۱۱۲.
9. هریس، راس (۲۰۰۹). الفبای درمان پذیرش و تعهد (اکت به زبان ساده). ترجمه انوشه امین زاده (۱۳۹۵). انتشارات ارجمند
10. Arch JJ, Craske MG. Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice* 2008; 15(4): 263-79.
11. Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72, 743-761
12. Carton, J.S., Kessler, E.A., & Pape, C.L. (1999). Nonverbal decoding skills and relationship well-being in adults. *Journal of Nonverbal Behavior*. 23: 91-106.
13. Ciarrochi J, Chan AY, Bajgar J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and individual differences* 2001; 31(7): 1105-19.



14. Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*, 60, 631-652.
15. Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., Winter, M. A., Cummings, E. M., & Farrell, D. (2006). Child Adaptational Development in Contexts of Interparental Conflict Over Time. *Child Dev*; 77(1):218-33.
16. Derrick JL, Houston RJ, Quigley BM, Testa M, Kubiak A, Levitt A, et al. (Dis) similarity in impulsivity and marital satisfaction: A comparison of volatility, compatibility, and incompatibility hypotheses. *Journal of research in personality* 2016; 61: 35-49.
17. Dyrenforth, P. S., Kashy, D. A, Donnellan, M. B, & Lucas, R. E. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: the relative importance of actor, partner, and similarity effects. *J Pers Soc Psychol*, 99(4), 690-702.
18. Furman, W., Ho, M. H. & Low, S. M. (2007). The rocky road of adolescent romantic experience: Dating and adjustment. In R. C. M. E. Engels, M. Kerr & Stattin, H. (Eds.), *Friends, lovers, and groups: Key relationships in adolescence* (pp. 61- 80). New York: John Wiley & Sons.
19. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical psychology review* 2008; 28(1): 1-16.
20. Hofmann SG, Asmundson GJ, Beck AT. The science of cognitive therapy. *Behavior therapy* 2013; 44(2): 199-212.
21. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press; 2011.
22. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*: Guilford Press; 1999.
23. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy* 2013; 44(2): 180-98.
24. Iverach L, Menzies RG, O'Brian S, Packman A, Onslow M. Anxiety and stuttering: Continuing to explore a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2011; 20(3): 221-32.
24. Kreitler, S. (2002). The psychosemantic approach to alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 33:393-407
25. Levin ME, Hildebrandt MJ, Lillis J, Hayes SC. The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy* 2012; 43(4): 741-56.
26. Nemiah, J.C. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62(3): 299-303.
27. Parke, R. D., & Ladd, G. W. (Eds.). (2016). *Family-peer relationships: Modes of linkage*. Routledge.
28. Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expression on emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 197-202
29. Peterson B, Eifert G, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice* 2009; 16(4):430-42
30. Roseman, I. J., & Smith, C. A. (2001). Appraisal theory: Overview, assumptions, varieties, controversies.
31. Roemer L, Lee J, Salters-Pedneault K, Erisman S, Orsillo S, Mennin D. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy* 2009; 40(2): 142-54.
32. Roemer L, Orsillo S, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2008; 76(6): 1083.
33. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: Guilford Press; 2012.



34. Schaefer, M. T., & Olson, D.H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of marital and family therapy*, 7: 47-60.
35. Shackelford TK, Besser A, Goetz AT. Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Individual Differences Research* 2008; 6(1): 13-25.
36. Sinha S, Mukerjee N. Marital adjustment and personal space orientation. *The journal of social Psychology* 1990; 130(5): 633-9.
37. TenHouten, W. D., Hoppe, K. D., Bogen, J. E., & Walter, D. O. (1996). Alexithymia: An experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal control subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 312-316.
38. Whisman MA, Sheldon C, Goering P. Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of abnormal psychology* 2000; 109(4): 803-8.