

Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict and optimism in married women visited the counseling center of Imam Khomeini Relief Foundation in Kermanshah

Ahmad Amani¹, Omid Isanejad², Elahe Alipour^{3*}

1. Associate. Prof, Department of Counseling, Kurdistan University, Sanandaj, Iran.

2. Assist. Prof, Department of Counseling, Kurdistan University, Sanandaj, Iran.

3. Master of Family Counseling, Department of Counseling, Kurdistan University, Sanandaj, Iran.
(Corresponding Author)

ABSTRACT

Aim: The study aimed at determining the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict, and optimism.

Methodology: The study was formed of quasi-experimental design with pretest-posttest and follow-up. 24 married women with marital problems who visited the counseling center of Imam Khomeini Relief Foundation were selected and randomized into control and experimental groups based on group counseling standards (n=12 for each group). Research tools were Marital Satisfaction Inventory-Revised (MSI-R), Marital Conflict Questionnaire-Revised (R-MCQ), and Life Orientation Test- Revised (LOT-R). The experimental group participated in ten ACT group sessions. After the ending a posttest was carried out in both groups. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was performed to analyze the data.

Findings: The results of the study showed that acceptance and commitment group therapy At the post-test and follow-up stage cause reduces marital distress and marital conflict and increases the optimism. so acceptance and commitment group therapy is effective on marital distress ($P<0.05$), marital conflict ($P<0.05$), and optimism ($P<0.05$).

Conclusion: The results emphasize the importance of the use of ACT group therapy in counseling centers and family education classes to solve marital problems in couples.

Keywords: Acceptance and commitment group therapy, marital distress, marital conflict, optimism

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوهی گروهی بر آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش بینی در زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه

دکتر احمد امانی¹، دکتر امید عیسی نژاد²، الهه علیپور^{3*}

1- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

Ahmad_counsellor@yahoo.com

2- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

farhangmad@gmail.com

3- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. (مؤلف مسئول).

elahealipour20@gmail.com

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوهی گروهی بر آشفتگی زناشویی، تعارض - زناشویی و خوش بینی بود.

روش: در قالب مداخله نیمه تجربی به شیوهی پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری، 44 زن متأهل به شیوهی نمونه گیری در دسترس از میان زنان دارای مشکلات زناشویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل و بر اساس استانداردهای مشاوره‌ای گروهی (هرکدام 12 نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی آشفتگی زناشویی (MSI-R)، تعارض زناشویی (R-MCQ) و جهت گیری به زندگی (LOT-R) بودند. گروه آزمایش مداخله درمانی در 00 جلسه دریافت نمودند. پس از اتمام جلسات از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش به خوبی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوهی گروهی در مرحله پس آزمون و پیگیری سبب کاهش آشفتگی زناشویی و تعارض زناشویی و افزایش خوش بینی شده است؛ بنابراین درمان گروهی ACT بر آشفتگی زناشویی ($P<0/05$)، تعارض زناشویی ($P<0/05$) و خوش بینی ($P<0/05$) مؤثر بوده است.

نتیجه گیری: نتایج بر اهمیت کاربرد این درمان در مراکز مشاوره و کلاس‌های آموزش خانواده جهت حل مشکلات زناشویی زوج‌ها تأکید دارد...

کلید واژه‌ها: درمان گروهی اکت، آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش بینی.

مقدمه

خانواده جوهره‌های زنده و در حال تغییر است که با استفاده از اعضای خویش و در جریان ارتباطی دائمی، تعاملی و طرح دار با یکدیگر یک کل را سازمان‌دهی می‌کند و در طول زمان و مکان گسترش می‌یابد (موسوی، رشیدی و گل محمدیان، 1395). خانواده از لحاظ قدمت، ابتدایی‌ترین و به لحاظ گستردگی، جهان شمول‌ترین نهاد اجتماعی است، این امر نشان می‌دهد که تشکیل خانواده یکی از اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شود (پارسه، نادری و مهرابی‌زاده هنرمند، 1394). اولین گام برای ارضای این نیاز اساسی و طبیعی ازدواج است. به‌رغم خوشایند بودن پیوند ازدواج، رضایت زوجین به آسانی به دست نمی‌آید و در نتیجه قوی‌ترین پیوند انسانی یعنی ازدواج، در مستحکم‌ترین قرارگاه آن، یعنی سامانه خانواده، در معرض خطر جدی قرار خواهد گرفت (آپریسا و کریستیا، 2112).

ادبیات زناشویی به طور گسترده، عوامل مؤثر در پیش بردن رفتارهای ارتباطی را مطالعه می‌کند (هامت، کاستاندا و یول‌آ، 6116). از مهم‌ترین ویژگی‌های زوجین متعادل، توانایی برخورد با جهان پیرامون به‌صورت مثبت و سازنده است (سلیگمن، 2111). مطالعه بر روی خوش‌بینی را به عنوان یک سازه روان-شناختی در قرن بیستم آغاز شد (میلیگان، 2003). خوش‌بینی یک حالت عاطفی مثبت است که باعث می‌شود شخص در برابر اختلالات روانی با امید و شجاعت عمل کند (مینکیو و تاسکیو، 2115). طبق مدل (شیر و کارور، 2111). خوش‌بینی و بدبینی به ترتیب به‌عنوان انتظار نتایج فراگیر مثبت و منفی

تعیین‌کننده‌های مهم سازگاری هستند. خوش‌بینی انتظار کلی وقوع امور خوشایند و مطلوب فراوان و امور نامطلوب کم در آینده است و به این باور مربوط می‌شود که آینده، پیامدهای مطلوبی خواهد داشت، بدون اینکه توانایی فرد برای کنترل و مواجهه با این پیامدها در نظر گرفته شود (لیونز، استوارت، آرچ‌بولد و کارت، 2009). افراد خوش‌بین با مشکلات روانی، پزشکی و فیزیکی بهتر از افرادی که سطح پایینی از خوش‌بینی دارند روبه‌رو می‌شوند. در تجربه کار با بیماران مبتلا به صرع ثابت شده است که افراد خوش‌بین به منظور کاهش خطرات بیماری با مسائل مهم در زمینه سلامتی مواجه می‌شوند (مینکیو و تاسکیو، 2115). هم‌چنین شواهد حاکی از این است که افراد خوش‌بین به طور کلی نسبت به افراد بدبین، روابط بهتری با دیگران دارند (کارور، شیر و سگرستروم، 2000)؛ روی هم رفته در حال حاضر محققان خوش‌بینی را به‌عنوان یک منبع مفید در روابط بین فردی می‌دانند (اسد، دونلند و کانگر، 2777).

هم در مانگران و هم زوجها عقیده دارند که شایع‌ترین و مخرب‌ترین مشکلات در ازدواج‌های شکست‌خورده مشکلات ارتباطی است (روبرتس، 2000). ماهیت ارتباط زناشویی سرچشمه عمده ناخشنودی و تعارضات زناشویی است (گلاسر، 8998). عدم توافق در هر رابطه زناشویی طبیعی است اگر زوجها بتوانند به شیوهی مثبتی تعارضات را مدیریت کنند و توانایی حل آن را داشته باشند، وجود تعارض فراوان آسیب‌زا نیست (سیفرت و اشوارز، 2111). رابطه تعارض و رضایت زناشویی از پیشینه پژوهشی چندین ساله‌ای برخوردار است (کمپ‌داش و

7. Lyons, Stewart, Archbold, & Carter
8. Mincu & Ta cu
9. Carver, Scheier, & Segerstrom
10. Roberts
11. Glasser
12. Siffert & Schwarz

1. Oprisan & Cristea
2. Hammett, Castañeda, & Ulloa
3. Seligman
4. Milligan
5. Mincu & Ta cu
6. Scheier & Carver

سیستمی خانواده، زوجین و سیستم والد- فرزندى پیش‌بینی‌کننده مهم احساسات کودکان در بزرگ‌سالی هستند برای مثال: تعارضات زناشویی می‌تواند باعث افزایش تنش، تعاملات والد- فرزندى منفی و افزایش ابتلا به دل‌بستگی ناایمن در کودکان شود (فرانکل، یومورا، جاکوب‌ویتز و هازن⁷، 2115).

همبستگی مثبت بین تعارض زناشویی با افسردگی خانواده و مشکلات شغلی از پیامدهای روانی حاصل از اختلال و آشفتگی زناشویی در ازدواج است (کویی⁸ و همکاران، 1993). به اعتقاد ویسمن، شلدون و گورینگ⁹ (2000) بسیاری از اختلافات تحت تأثیر آشفتگی زناشویی به وجود می‌آیند و شیوع آن، هم در مطالعات شیوع‌شناسی اجتماعی و هم در پژوهش‌های بالینی نشان داده شده است (کریدر و جیسون¹⁰، 2002). آمار طلاق که شایع‌ترین شاخص آشفتگی- زناشویی است نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل‌دستیابی نیست و زوج‌های فراوانی درجات متفاوتی از آشفتگی و عدم رضایت را تجربه می‌کنند (هالفورد¹¹، 2111)؛ بنابراین آشفتگی رابطه را می‌توان به صورت عملیاتی و تحت عنوان احساس نارضایتی حداقل یکی از زوجین از رابطه زناشویی تعریف کرد (ویس و هیمن¹²، 1997). تعریف فوق از آشفتگی رابطه، مستلزم این است که تنها یکی از زوجین احساس نارضایتی کند، نارضایتی به‌شدت از یک زوج به دیگری سرایت می‌کند (هال‌فورد، 2111). بر پایه‌ی گزارش انسیتوی ملی سلامت روان آمریکا، اختلال و آشفتگی در ازدواج عامل بسیاری از مشکلات روانی بیماران بستری در بخش روانی بیمارستان‌های آمریکا است (حسینیان و همکاران، 1377). بسیاری از روان-

تایلر¹، 2112). تعارضات زناشویی یکی از مشکلات رایج زوج‌ها در دنیای امروز است (سیرز، کوهن، فرسکو، بلک و سارور²، 2111). تعارض زمانی بوجود می‌آید که زوج‌ها به دلیل همکاری و تصمیمات مشترکی که می‌گیرند، درجات مختلفی از استقلال و هم‌بستگی را نشان می‌دهند. این تفاوت‌ها را می‌توان روی یک پیوستار از تعارض خفیف تا تعارض کامل طبقه‌بندی کرد (یانگ و بانگ³، 8998). تعارض- زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش‌های ارضای آن، خودمحموری، اختلاف در خواسته‌ها، طرح‌واره‌های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (گلاسه⁴، 2000). رایس⁵ (1996) دو نوع تعارض را در روابط زناشویی مطرح می‌سازد: تعارض سازنده و تعارض مخرب. در تعارض سازنده تمرکز بر حل مسئله بوده و در آن نزدیکی، احترام مثبت اعتماد به یکدیگر و هیجان منفی و پاسخ کلامی اندکی بین زوجین وجود دارد. در تعارض مخرب زوجین «خود» همدیگر را به جای مسئله موردحمله قرار می‌دهند. در این تعارض از طریق سرزنش و انتقاد، هریک سعی دارند دیگری را تحت نفوذ خود درآورده و اظهارنظرهای بسیار منفی علیه یکدیگر به کار می‌برند که در این حالت ارتباط درستی بین آن‌ها برقرار نمی‌شود. در این نوع ارتباط بحث و مجادله‌های بیهوده و مخرب، بی‌اعتمادی، بی-احترامی، توهین، خصومت، دشمنی و دشنام مشاهده می‌گردد. پژوهش‌ها در زمینه تأثیرات مخرب تعارضات زناشویی نشان می‌دهد که تعارضات زناشویی تأثیرات زیان‌آوری بر سلامت، جسم، روان و خانواده دارد (فینچام و بیچ⁶، 1999)، هم‌چنین طبق نظریه‌ی

7. Frankel, Umemura, Jacobvitz, & Hazen
8. Coie
9. Whisman, Sheldon, & Goering
10. Kreider & Jason
11. Halford
12. Weiss & Heyman

1. Kamp Dush & Taylor
2. Sayers, Kohn, Fresco, Bellack, & Sarwer
3. Young & Long
4. Glasser
5. Rice
6. Fincham & Beach

در ادبیات موج اول و دوم رفتاردرمانی و بهبود درمان شناختی- رفتاری کلاسیک، آن هم برای تبیین آثار آشکار زبان و شناخت انسان لزوم به وجود آمدن موج سوم درمان شناختی رفتاری را نشان می دهد (هیز، 6116). نمونه ای از سومین موج مداخلات درمان شناختی رفتاری عبارت اند از: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آشفستگی، تعارض و فاصله ی عاطفی در زوجها ناشی از ترکیب کنترل های محکم و بی فایده ی هریک از آنها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است و واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه منفی و عمل بر طبق آنها چرخه روابط منفی زوجها را حفظ می کند (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون⁵، 2009). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با باز بودن نسبت به سنت های قدیمی بالینی، تأکید بر عملکرد رفتاری مراجع نه علت یابی و انعطاف پذیری روان شناختی نشان می دهد که چرا هم جوشی شناختی و اجتناب تجربی مضر است (هیز، 6116). درمان مبتنی بر پذیرش یک نوع رفتاردرمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه های آزاردهنده است (هیز، استروسال و ویلسون⁶، 2111). هیز⁷ و همکاران (6006) معتقدند که تلاش های ناموفق ما برای غلبه یافتن یا جلوگیری از درد و رنج منجر به ناراحتی بسیار عمیق تر می شود و تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساساتمان است که می توانیم زندگی مان را نجات دهیم و نباید با تلاش مداوم برای تبدیل کردن روابطمان به چیزهایی که نیستند، اوضاع را پیچیده تر کنیم. درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه های تازه ای برای زندگی اش انتخاب کند و اقدام

شناسان و خانواده درمانگران، مهم ترین عامل موفق یا ناموفق بودن ازدواج را ویژگی های شخصیتی زوج ها، چگونگی تجربه ی کودکی و کیفیت روابط بین اعضای خانواده اصلی می دانند (وان اپ، فوتریس، وان اپ و کمپبل¹، 2888). آشفستگی زناشویی در جنبه های متعددی از روابط زناشویی، همچون ارتباط عاطفی، حل مسأله، پرخاشگری، زمان باهم بودن، مسائل مالی، مسائل جنسی، جهت گیری نقش، رضایت از فرزند و تربیت فرزند اختلال ایجاد می کند و بسیاری از کودکان ممکن است با مشاهده ی تعارض های مزمن و شدید خانوادگی دچار برخی ویژگی های شخصیتی شوند که پیش بینی کننده ی کیفیت نامطلوب ارتباط های بزرگ سالی آنها است. پژوهشگران (پودزف و ویگنولز²، 2888) طی مشاهدات خود دریافتند رفتار آینده ی فرزندان در زندگی خانوادگی مانند رفتار پدر و مادرشان خواهد بود و فرض انتقال بین نسلی نیز بیان کننده ی این احتمال است که نابسامانی های خانوادگی در نسل بعد را آسان کند (ساباتلی، بارتل- هارینگ³، 2003).

در طول چند دهه ی گذشته درمان زوج های آشفته و متعارض در بین محققان و درمانگران توجه قابل ملاحظه ای کسب کرده است. اگرچه اثربخشی زوج- درمانی سنتی ثابت شده است، اما نگرانی در مورد محدودیت های آن و حفظ تغییرات بلندمدت باعث شد که بنیان گذاران زوج درمانی سنتی یک رویکرد جدید به نام زوج درمانی یکپارچه نگر را به وجود آورند، اما به طور کلی هنوز هم نگرانی هایی در مورد اثرات درازمدت زوج درمانی وجود دارد (جانسون و لبوو⁴، 2000). این دلیل و دلایلی چون وجود ناهنجاری هایی

5. Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson
6. Hayes, Strosahl, & Wilson
7. Hayes

1. Van Epp, Futris, Van Epp, & Campbell
2. Powdthavee & Vignoles
3. Sabatelli & Bartle-Haring
4. Johnson & Lebow

می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه‌ی دو طرفه، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری برقرار کنند (پترسون و همکاران، 2009).

پژوهش‌های زیادی در مورد کاربرد درمان ACT صورت گرفته است. کلان قوچان عتیق و سرایی (1395) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان پرداختند. نتایج پژوهش که بر روی 30 زن صورت گرفت، نشان داد که درمان ACT تأثیر معناداری برافزایش سازگاری و رضایت از زندگی زنان داشته است. کاوسیان، حریفی و کریمی (1395) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زوج‌ها که شامل گروه آزمایش و گواه بود به این نتیجه رسیدند که بین نمرات پس‌آزمون دو گروه در زیر مؤلفه‌های رضایت زناشویی، حل تعارض، کنترل و تحریف آرمانی تفاوت معنادار وجود دارد. هم‌چنین عظیمی‌فر، فاتحی‌زاده، بهرامی، احمدی و عابدی (1395) پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی انجام دادند. بنا بر تفاوت معنی‌دار میان موقعیت مداخله و خط پایه در نمودار داده‌ها، یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد که مداخلات زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شادی زناشویی زوجین شده‌اند. به‌علاوه تحلیل واریانس اندازه‌گیری-های مکرر نشان داد که میان تأثیر این دو رویکر بر افزایش شادی زناشویی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

متعهدانه انجام دهد. شش فرایند اصلی در قالب یک فرآیند زیربنایی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) به عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر (ACT) معرفی شده است که عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، عمل متعهدانه. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال کاهش رنج‌های غیرضروری زوج‌ها که ناشی از اجتناب تجربی هر یک از آن‌هاست، است. هدف اصلی درمان اکت کمک به هر یک از زن و شوهر است برای اینکه از فرآیندهای شناختی و واکنش عاطفی خود چه به تنهایی چه در رابطه‌ی دو نفره آگاه شوند، ارزش‌هایی که آن‌ها را در رابطه نگه‌داشته است را روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به طور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند (امان‌الهی و همکاران، 1393). معمولاً زوج‌ها از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد و تعارض اجتناب می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج‌ها نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش می‌دهد. به طور واضح نشان داده می‌شود که وقتی یکی از زوج‌ها از لحاظ عاطفی و احساس آسیب و یا ناتوانی و ضعیف شدن می‌کند به فاصله‌ی عاطفی روی می‌آورد هرچند فاصله‌ی عاطفی از افراد محافظت می‌کند و امکان پریشانی عاطفی را در آینده کاهش می‌دهد. با یادگیری و مهار این افکار، پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که به طور مداوم ارتباط و صمیمیت عاطفی زوج‌ها را هدف قرار می‌دهد تمرین می‌شود. همان‌طور که زوج‌ها شروع به به‌کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر می‌شوند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند، به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود

آن‌ها پریشانی بین فردی کاهش یافت و زوجین تا پایان درمان به بهبودی ادامه دادند.

با توجه به پژوهش (امان الهی و همکاران، 1393) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دامنه‌ی گسترده‌ای از مشکلات و مراجعان مؤثر است، اقتباس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج‌ها می‌تواند نویدبخش باشد. رابطه‌ی زناشویی اگر با احساس رضایت همراه باشد تأثیر خوبی بر سلامت روان زوجین دارد. می‌توان گفت کیفیت رابطه زناشویی و ابعاد مختلف آن یکی از مهم‌ترین عوامل پایداری زندگی مشترک است. بدیهی است با گذشت زمان و مواجه شدن با چالش‌های مختلف زندگی زناشویی از میزان احساس مثبت دوران اولیه رابطه کاسته می‌شود و مهم‌تر آنکه ممکن است زوجین مهارت‌های لازم برای بهبود کیفیت رابطه زناشویی نداشته باشند؛ بنابراین این امر می‌تواند با استفاده از مشاوره‌ی زناشویی و به‌کارگیری مداخلات مؤثر تسهیل گردد. وجود مشکلات رفتاری و ارتباطی در زندگی، تأثیر نامطلوب این مشکلات در زندگی زوج‌ها و فرزندان، ضرورت شناخت و یافتن راه‌حل‌های مؤثر در کاهش تعارضات و بهبود ارتباطات نامناسب زوج‌ها از دلایلی هست که اهمیت این پژوهش را نشان می‌دهد. لذا این تحقیق هم از جنبه‌ی نظری و هم از جنبه‌ی کاربردی دارای اهمیت است. از لحاظ نظری پژوهش حاضر به افزایش دانش ما درباره‌ی نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک کند و از لحاظ کاربردی نیز این پژوهش می‌تواند به تدوین برنامه‌هایی برای برگزاری دوره‌های درمانی منجر شود؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال آن است تا نشان دهد که آیا شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برآشفته‌گی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زوج‌ها مؤثر است؟

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:

نتایج پژوهش کاتزلر¹ و همکاران (2888) نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مداوم مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های مراقبت اولیه مؤثر است. هم‌چنین نتایج پژوهش براسینگتون، فری‌یا، یاتس، فرن، لانزا، کمپ و گیلندرز² (6116) تحت عنوان اثربخشی مداخله گروهی پذیرش و تعهد درمانی بر افراد با بیماری فیزیکی مزمن و دارای شرایط طولانی‌مدت برای سلامتی (LTC)، بهبود در علائم افسردگی، اضطراب، محدودیت‌های وضعیت سلامت و زندگی ارزشمند را نشان داد. در پژوهشی که (براون، ویثینگام، بوید، ام‌سی‌کین‌لای و سوفرونوف³) (2115) به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود آشفته‌گی روانی، انعطاف‌پذیری روانی، اعتمادبه‌نفس در مدیریت رفتار و اختلافات در زوجین دارای کودکان با آسیب مغزی اکتسابی انجام دادند، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و اثرات بهبودی آن تا 6 ماه باقی ماند. هم‌چنین براچ، کانکر و بوسچ⁴ (2112) در مطالعه‌ای دو شیوه زوج‌درمانی سیستمی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی آشفته‌گی زناشویی زوج‌های 20 تا 30 ساله مورد مقایسه قرار دادند. نتایج تحلیل مانوا نشان داد که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد تمام متغیرهای ارتباطی را بیش از زوج‌درمانی سیستمی بهبود بخشیده است. نتایج مطالعه (پترسون و همکاران، 2009) که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در درمان زوج‌های پریشان‌بکار بردند، حاکی از آن بود که هر دو زوج‌پس از پایان درمان سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند. هم‌چنین در مطالعه

1. Kanzler
2. Brassington, Ferreira, Yates, Fearn, Lanza, Kemp, & Gillanders
3. Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay, & Sofronoff
4. Baruch, Kanker, & Busch

از طرح‌واره تمثیل هیولا در مهمانی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای، بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و به‌کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش بر اساس تمرین هیولاها در اتوبوس، تمرکز روی گسلس شناختی و تمثیل‌های آن و در جلسات ششم تا دهم پیگیری اعمال متعهدانه، ارزیابی برچسب-زنی‌های منفی، بررسی چگونگی انجام تکالیف درباره هدف ارزشمند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای هفته پیشرو و تمرکز بر خشم به‌عنوان یک رفتار مقابله‌ای، رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرح‌واره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل پرداخته شد. پس از پایان مداخله پرسشنامه آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و جهت‌گیری به زندگی برای پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و گواه بعد از آخرین جلسه درمان اجرا شد. هم‌چنین به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی جلسه‌های فوق‌الذکر برای گروه گواه پس از اجرای پس‌آزمون هر دو گروه اجرا شد و آن‌ها نیز از این آموزش بهره‌مند شدند و پس از گذشت یک ماه یک جلسه نیز به‌منظور انجام پیگیری نیز انجام گرفت. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS در قالب آزمون‌های آماری مرتبط (کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه آشفتگی زناشویی¹ (MSI-R): در این پژوهش، میزان آشفتگی زناشویی به وسیله فرم بازبینی‌شده پرسشنامه نارضایتی زناشویی اشنایدر اندازه‌گیری شده است. این پرسشنامه که به وسیله

روش پژوهش نیمه آزمایشی است و در آن از پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه شامل گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است و مرحله پیگیری پس از یک ماه اجرا شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل شهر کرمانشاه که در بهار سال 96 به خاطر مشکلات زناشویی به مرکز مشاوره‌ی کمیته امداد مراجعه کرده‌اند. پس از بررسی و مصاحبه اولیه تعداد 44 آزمودنی به صورت تصادفی بر اساس ملاک‌های ورود داشتن اختلاف زناشویی، زن بودن، متأهل بودن، ساکن شهر کرمانشاه بودن و داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج تحت درمان‌های روان-پزشکی و مصرف‌کننده داروهای روان‌پزشکی بودن (با کمک یک روانشناس بالینی)، شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و روان‌پزشکی، غیبت در جلسات، عدم انجام تکالیف و ابراز عدم تمایل به ادامه همکاری و بر اساس استانداردهای مشاوره‌ی گروهی (نوابی‌نژاد، 1391) در دو گروه آزمایش (12 نفر) و کنترل (12 نفر) گمارده شدند. ابتدا ضمن اخذ مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش از کمیته امداد شهر کرمانشاه، 44 زن متأهل به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. سپس برای گروه آزمایش جلسه درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در قالب 00 جلسه 90 دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) توسط کارشناس ارشد مشاوره آموزش دیده برگزار شد. در جلسه اول ابتدا اعضاء با یکدیگر آشنا شدند و قوانین گروه از جمله اهمیت رازداری و نظم در آمدن ... بیان شد و بعد از آن پرسشنامه آشفتگی زناشویی، تعارض-زناشویی و جهت‌گیری به زندگی برای پیش‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. سپس در جلسات دوم تا پنجم به تمرین کوتاه ذهن آگاهی، آموزش روانی ده طرح‌واره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی

1. Marital Satisfaction Inventory Revised

اشنایدر¹ (7997) ساخته شده، یک ابزار خود گزارشی 050 سؤالی است که برای شناسایی ماهیت و میزان آشفنگی (نارضایتی) در روابط زناشویی مورد استفاده قرار می گیرد (مینز، اشنایدر و نگی²، 2003) و دارای دو خرده مقیاس روایی عدم ثبات و پایداری آزمودنی در پاسخ گویی (INC)³ و قرارداد گرایی (CNV)⁴؛ یک مقیاس آشفنگی کلی (GDS)⁵؛ و ده مقیاس سنجش آشفنگی در ابعاد مختلف روابط زناشویی شامل ارتباط عاطفی (AFC)⁶؛ توانایی حل مشکل (PSC)⁷؛ پرخاشگری (AGG)⁸؛ زمان با هم بودن (TTO)⁹؛ مسائل مالی (FIN)¹⁰؛ مسائل جنسی (SEX)¹¹؛ تاریخچه مشکلات خانوادگی (FAM)¹²؛ تعارض با فرزندان (DSC)¹³؛ تعارض با یکدیگر درباره تربیت فرزند (CCR)¹⁴ و جهت گیری نقش (ROR)¹⁵ است. سؤالها به صورت صفر و یک نمره گذاری شده است و نمره های مربوط به هر خرده مقیاس با هم جمع می شوند. در این پرسشنامه نمره بالا نشانه آشفنگی بیشتر و نمره کمتر نشانه رضایت بیشتر یا آشفنگی کمتر است.

اشنایدر دو نوع اعتبار شامل ثبات درونی و آزمون مجدد را برای پرسشنامه آشفنگی (نارضایتی) زناشویی بیان کرده که نتایج اعتبار ثبات درونی برحسب آلفای-کرونباخ، بیانگر اعتبار بالا (میانگین، 0/82) برای این آزمون است و دامنه نتایج آلفا برای مقیاس های مختلف نیز از 0/93 تا 0/00 بوده است. وی همچنین پنج نوع

1. Snaydr
2. Means, Snyder, & Negy
3. Inconsistency
4. Conventionalization
5. Global Distress
6. Affective Communication
7. Problem-Solving Communication
8. Aggression
9. Time Together
10. Disagreement about Finances
11. Sexual Dissatisfaction
12. Family History of Distress
13. Dissatisfaction with Children
14. Conflict Over Child Rearing
15. Role Orientation

روایی تجربی، عاملی، پیش بین، تشخیص یا واگرا و همگرا را برای پرسشنامه مورد استفاده قرار داده است. نتایج مربوط به اعتبار آزمون مجدد این پرسشنامه که به وسیله سلیمانیان (8384) بر روی یک نمونه 20 نفری از جامعه آماری اجرا شد، دارای دامنه بین 0/11 ات 0/86 و میانگین 0/88 است. روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی و روایی محتوایی آن به وسیله پنج تن از استادان مشاوره مورد تأیید قرار گرفت. اعتبار یابی مجدد پرسشنامه روی نمونه 400 نفری از جامعه آماری، دارای دامنه 0/00 و میانگین 0/77 است.

پرسشنامهی تعارض زناشویی (فرم تجدیدنظر شده)¹⁶ (R-MCQ): پرسشنامه تعارضات زناشویی یک ابزار 54 سؤالی است که برای سنجیدن تعارضات زن و شوهری توسط ثنایی و براتی و بوستانی پور (7377) ساخته شد. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات را می-سنجد که عبارت اند: کاهش همکاری، کاهش رابطهی جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت از فرزندان، افزایش رابطهی فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطهی خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر و کاهش ارتباط مؤثر.

حداکثر نمره کل پرسشنامه 270 و حداقل آن 54 است. حداکثر نمره هر خرده مقیاس مساوی با تعداد سؤال های آن خرده مقیاس ها ضربدر 5 است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر و تعارض کمتر است. نمره گذاری به این صورت است: هرگز (1)، بندرت (2)، گاهی (3)، اکثراً (4) و همیشه (5). سؤالات 3، 11، 14، 66، 30، 33، 45، 47، 54 به صورت معکوس نمره-گذاری می شوند.

16. Marital Conflict Questionnaire

اندازه‌گیری می‌کند. پژوهش‌های مکرر نشان داده است که نمرات این پرسشنامه با طیف گسترده‌ای از سازه‌های مرتبط مانند عزت‌نفس، ناامیدی و روان‌آزرده‌خویی رابطه دارد که این مطلب نشانگر اعتبار همگرایی این پرسشنامه است. همچنین تحلیل عاملی خوش‌بینی و سازه‌های مرتبط با آن نشان داده است که خوش‌بینی یک عامل مستقل و مجزا است (شیر، کارور و بریدگز، 1994). این پرسشنامه 6 سؤالی بر روی طیف لیکرت 5 تایی از نمره صفر برای کاملاً مخالفم تا نمره 4 تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. 3 سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و کم‌ترین نمره ممکن صفر و بالاترین 44 است.

ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط خدابخشی (1383) بررسی شده است و با نمره افسردگی ارتباط منفی (0/65-) و با نمره خود تسلط یابی ارتباط مثبت (0/72) نشان داده است. میزان پایایی آن به شیوه آلفا کرونباخ 0/74 و به شیوه باز آزمایی 0/77 به دست آمده است (خدابخشی، 1383).

برنامه مداخله: جلسه‌های درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس ساختار موجود در کتاب اکت برای مشکلات بین فردی (همراه با شیوه‌نامه درمان گروهی) (مک‌کی، لیوف و اسکین، 3، 6116) ارائه شده است.

آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در پژوهش ثنایی و همکاران (7377) روی یک گروه 200 نفری برابر با 0/96 به دست آمد و 8 خرده‌مقیاس آن از این قرار است: کاهش همکاری، 0/11؛ کاهش رابطه‌ی جنسی، 0/61؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، 0/00؛ افزایش جلب حمایت فرزندان، 0/33؛ افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، 0/86؛ کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، 0/89؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، 0/11؛ و کاهش ارتباط مؤثر، 0/69. همچنین این پرسشنامه از روایی خوبی برخوردار است. در مرحله‌ی تحلیل محتوای آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه‌ی هم بستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به دلیل هم بستگی مناسب سؤالات، هیچ سؤالی حذف نشد (ثنایی و همکاران 1377). دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه: «هنگام دعوا با همسر، رابطه‌ی من با خانواده‌ی پدر و مادر او قطع می‌شود» و «من و همسر حساب‌های مالی جداگانه داریم». همسانی (به روش آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس‌های این پرسشنامه برابر با 0/90 به دست آمد و برای 8 خرده‌مقیاس به صورت زیر بوده است:

کاهش همکاری، 0/79؛ کاهش رابطه‌ی جنسی، 0/69؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، 0/72؛ افزایش جلب حمایت فرزندان، 0/56؛ افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، 0/88؛ کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، 0/00؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، 0/00 و کاهش ارتباط مؤثر، 0/75 (ثنایی و همکاران، 8387).

پرسشنامه جهت‌گیری به زندگی¹ (LOT-R): این پرسشنامه توسط (شیر و کارور، 8985) ساخته شده و انتظاراتی را که افراد راجع به پیامدهای زندگی دارند را

2. Scheier, Carver & Bridges
3. Mckay, Lev & Skeen

1. Revised Life Orientation Test

جدول 1: برنامه‌ی مداخله

عنوان	جلسه
آشنا کردن رهبر و اعضای گروه با یکدیگر، تبیین قوانین اساسی گروه (رضایت آگاهانه و رازداری)، آغاز جلسه با تمرین کوتاه ذهن آگاهی، آموزش روانی ده طرح‌واره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرح‌واره (تمثیل هیولا در مهمانی) و ارزیابی پیش از درمان.	اول
بررسی کلی تکالیف جلسه اول و ارائه بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای.	دوم
بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و گفتگو درباره ناامیدی سازنده به کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه.	سوم
بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش بر اساس تمرین هیولاها در اتوبوس.	چهارم
بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی به منظور پیوستگی در رشد این مهارت، تمرکز روی گسلش شناختی و تمثیل‌های مربوط به آن.	پنجم
بررسی تکالیف و دادن بازخورد، پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز روی گسلش و ارزیابی برجسب‌زنی-های منفی.	ششم
بررسی تکالیف و دادن بازخورد، بررسی چگونگی انجام تکالیف درباره هدف ارزشمند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای هفته پیشرو و تمرکز بر خشم به‌عنوان یک رفتار مقابله‌ای.	هفتم
رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرح‌واره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل.	هشتم
بازبینی بسیاری از موضوعات و مهارت‌های جلسه پیشین به‌عنوان فرصتی برای تمرین و پایبندی به رفتارهای جدید و آموزش مهارت‌های ارتباط.	نهم
آغاز جلسه با یک تمرین ذهن آگاهی گسترده، تمرین پاسخ‌های جایگزین مبتنی بر ارزش‌ها، بررسی موانع بالقوه و راهبردهای برنامه‌ریزی به‌منظور دنبال اعمال متعهدانه و ارزیابی پس از درمان.	دهم

شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این مبحث با توجه به موضوع تحقیق حاضر که به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوهی گروهی بر آشفته‌گی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی می‌پردازد، در ابتدا به‌منظور توصیف آماری، از جدول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شده و در

آن تعداد، کمترین، بیشترین، میانگین و انحراف معیار به‌عنوان آماره‌های توصیفی، استفاده شد. در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق از روش تحلیل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

جدول 2: توصیف شاخص‌های آماری نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آشننگی‌زناشویی، تعارض‌زناشویی و خوش‌بینی در دو گروه آزمایش و گواه (N=44)

متغیرها	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	گروه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
آشننگی زناشویی	آزمایش	75/33 (7/51)	65/66 (11/49)	44/16 (11/16)
	گواه	74/25 (3/69)	74/33 (3/59)	73/66 (5/88)
نمره کل آشننگی زناشویی	آزمایش	5/00 (0/73)	4/31 (0/90)	3/77 (0/90)
	گواه	4/91 (0/00)	5/00 (0/73)	4/97 (0/84)
قرارداد‌گرایی	آزمایش	6/83 (1/02)	5/50 (1/31)	5/41 (1/28)
	گواه	7/33 (1/55)	7/41 (1/44)	7/22 (1/27)
ارتباط عاطفی	آزمایش	8/50 (1/16)	6/83 (0/83)	6/73 (0/84)
	گواه	8/75 (1/35)	58/8 (1/31)	8/54 (1/31)
حل مسئله	آزمایش	12/58 (2/00)	11/88 (1/95)	11/04 (1/77)
	گواه	12/50 (1/44)	12/33 (1/49)	12/29 (1/28)
آشننگی کلی	آزمایش	6/00 (0/85)	4/50 (0/67)	4/37 (0/82)
	گواه	5/83 (0/93)	5/66 (0/88)	5/63 (0/88)
پرخاشگری	آزمایش	5/25 (1/28)	3/58 (0/79)	3/50 (0/79)
	گواه	5/66 (0/49)	5/58 (0/51)	5/47 (0/65)
زمان باهم بودن	آزمایش	5/58 (1/88)	4/91 (0/66)	4/83 (0/11)
	گواه	5/59 (0/51)	5/50 (0/67)	5/36 (0/77)
عدم توافق درباره مسائل مالی	آزمایش	6/00 (1/27)	3/91 (0/79)	3/11 (0/11)
	گواه	5/50 (1/16)	5/58 (1/88)	5/60 (0/94)
عدم رضایت جنسی	آزمایش	4/00 (1/41)	2/66 (0/49)	2/50 (0/52)
	گواه	4/88 (0/79)	4/16 (0/11)	4/00 (0/73)
جهت‌گیری نقش	آزمایش	5/25 (1/48)	3/16 (0/57)	3/00 (0/60)
	گواه	5/16 (0/11)	5/00 (0/73)	4/91 (0/66)
تاریخچه مشکلات زناشویی	آزمایش	4/75 (1/11)	3/73 (0/83)	3/96 (0/88)
	گواه	4/58 (1/83)	4/41 (1/50)	4/25 (1/60)
عدم رضایت از فرزندان	آزمایش	5/16 (1/58)	4/88 (0/99)	3/90 (1/88)
	گواه	5/88 (1/67)	5/00 (1/00)	4/93 (1/79)
تعارض با پرورش کودکان	آزمایش	168/50 (88/34)	142/25 (15/49)	141/41 (16/45)
	گواه	168/91 (20/57)	168/88 (20/22)	166/88 (229/75)
تعارض زناشویی	آزمایش	45/16 (2/20)	43/33 (1/43)	22/27 (1/39)
کاهش همکاری	آزمایش			

(3/13) 45/33	(3/021) 45/40	(3/88) 45/58	گواه	
(2/02) 31/50	(2/19) 31/58	(2/15) 36/41	آزمایش	کاهش رابطه
(1/22) 36/58	(1/60) 36/75	(1/22) 36/91	گواه	جنسی
29/11) 41/50	(2/00) 41/66	(2/34) 66/25	آزمایش	افزایش واکنش
(1/88) 66/77	(1/75) 47/00	(1/48) 47/25	گواه	هیجانی
(4/34) 37/76	(4/37) 37/91	(4/37) 41/75	آزمایش	افزایش جلب
(00/12) 66/00	(2/32) 44/20	(3/33) 44/33	گواه	حمایت از فرزندان
(1/85) 32/16	19/77) 32/33	(1/60) 36/25	آزمایش	افزایش رابطه
(1/83) 36/41	(1/44) 36/54	(1/61) 36/66	گواه	فردی با خویشاوندان خود
(2/92) 25/25	(2/11) 25/41	(2/60) 29/88	آزمایش	کاهش رابطه با خویشاوندان
(2/66) 30/09	(2/61) 30/21	(2/67) 30/33	گواه	همسر و دوستان
(1/43) 39/34	(1/44) 40/41	(1/31) 41/88	آزمایش	جدا کردن امور مالی از یکدیگر
(1/75) 37/60	(1/61) 37/66	(1/61) 37/79	گواه	
(1/14) 38/60	(1/30) 38/66	(1/93) 44/50	آزمایش	کاهش ارتباط مؤثر
(2/77) 44/20	(2/84) 44/66	(3/02) 44/41	گواه	
(2/58) 15/83	(1/54) 15/50	(1/73) 12/50	آزمایش	خوش بینی
(2/50) 11/88	(1/51) 11/53	(1/31) 11/50	گواه	خوش بینی

نتایج آزمون همسانی واریانس‌های لوین نشان داد که مقدار F برای آشفستگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش بینی معنی دار نیست ($p > 0/05$). لذا فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. هم چنین فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس داده‌ها مورد تأیید است ($p > 0/05$).

میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کننده‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول 2 آمده است. همان گونه که مشاهده می‌شود، میانگین آشفستگی زناشویی و تعارض زناشویی و مؤلفه‌هایشان در پس آزمون کاهش یافته است و میانگین جهت گیری زندگی (خوش بینی) در پس آزمون ارتقاء یافته است.

جدول 3: نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره عامل‌های درون گروهی و بین گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
آشفستگی	بین گروهی	590/34	4/48	1	22	0/04	0/16	0/52
زناشویی	درون گروهی	0/65	5/60	2	21	0/11	0/34	0/00
	تعامل	0/69	4/69	2	21	0/02	0/30	0/72
تعارض	بین گروهی	5185/11	4/77	1	22	0/03	0/88	0/56
زناشویی	درون گروهی	0/11	77/9	2	21	00/00	0/88	1/00

1/00	0/88	0/000	21	2	77/9	0/11	تعامل
0/98	0/47	0/000	22	1	19/97	188/82	خوش بینی بین گروهی
0/11	0/35	/11	21	2	5/75	0/44	درون گروهی
0/89	0/40	0/02	21	2	7/13	0/59	تعامل

درون گروهی با بین گروهی را نشان می دهد از آنجا که اثر تعاملی معنی دار است، لذا تحلیل به تفکیک گروه ها و با محوریت عامل تعاملی صورت می پذیرد.

جدول 3 نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره عامل های درون گروهی و بین گروهی و همسانی شیب رگرسیون در تعامل عامل

جدول 4: نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
آشفنگی -	کنترل	0/93	0/36	2	00	0/00	0/06	0/09
زناشویی	گروه آزمایش	0/48	5/33	2	00	0/02	0/51	0/00
تعارض -	کنترل	0/84	0/95	2	00	0/41	0/16	0/77
زناشویی	گروه آزمایش	0/05	89/88	2	00	0/000	0/94	1/00
خوش -	کنترل	0/96	0/77	2	00	0/84	0/03	0/77
بینی	گروه آزمایش	0/38	8/03	2	00	0/088	0/61	0/77

جدول 4 نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون گروهی را نشان می دهد. بر این اساس سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم مقایسه شده اند و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده است. یافته ها در گروه آزمایش برای آشفنگی زناشویی $F=5/33$ و $\theta=0/00$ ، $F=89/88$ و $\theta=0/94$ ، $F=8/03$ و $\theta=0/77$ ، $F=0/43-0/86$ ، $\theta=0/93-1$ و در نمره کل تعارض زناشویی بین $\theta=0/44$ قرار دارد.

جدول 4 نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون گروهی را نشان می دهد. بر این اساس سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم مقایسه شده اند و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده است. یافته ها در گروه آزمایش برای آشفنگی زناشویی $F=5/33$ و $\theta=0/00$ ، $F=89/88$ و $\theta=0/94$ ، $F=8/03$ و $\theta=0/77$ ، $F=0/43-0/86$ ، $\theta=0/93-1$ و در نمره کل تعارض زناشویی بین $\theta=0/44$ قرار دارد.

جدول 5: مقایسه خرده مقیاس های آشفنگی زناشویی در سه مرحله گروه آزمایش

متغیرها	مرحله (I)	مرحله (J)	مقایسه سه مرحله	خطای استاندارد
ارتباط عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	*1/33	0/29
	پیش آزمون	پیگیری	*1/22	0/66

0/03	0/09	پیگیری	پس آزمون	
0/33	*1/67	پس آزمون	پیش آزمون	حل مسئله
0/32	*1/77	پیگیری	پیش آزمون	
0/11	0/1	پیگیری	پس آزمون	
0/88	*1/5	پس آزمون	پیش آزمون	پرخاشگری
0/03	*1/63	پیگیری	پیش آزمون	
0/05	0/13	پیگیری	پس آزمون	
0/49	*1/67	پس آزمون	پیش آزمون	زمان با هم بودن
0/49	*1/75	پیگیری	پیش آزمون	
0/11	0/88	پیگیری	پس آزمون	
0/48	*2/09	پس آزمون	پیش آزمون	عدم رضایت جنسی
0/66	*2/19	پیگیری	پیش آزمون	
0/11	0/1	پیگیری	پس آزمون	
0/92	*1/34	پس آزمون	پیش آزمون	جهت گیری نقش
0/89	*1/5	پیگیری	پیش آزمون	
0/03	1/6	پیگیری	پس آزمون	
0/92	*2/09	پس آزمون	پیش آزمون	تاریخچه مشکلات زناشویی
0/88	*2/25	پیگیری	پیش آزمون	
0/03	0/16	پیگیری	پس آزمون	

** p<0/11, * p<0/05

جدول 5 مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در خردده مقیاس های متغیر آشفتگی زناشویی نشان می دهد. خردده مقیاس آشفتگی زناشویی در مراحل پس آزمون و پیگیری در قیاس با پیش آزمون، میانگین ها کاهش معنی دار نشان می دهد در نتیجه روش مداخله در این متغیرها اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی مانده است.

جدول 6: مقایسه خردده مقیاس های تعارض زناشویی در سه مرحله گروه آزمایش

متغیرها	مرحله (I)	مرحله (J)	مقایسه سه مرحله	خطای استاندارد
			تفاضل میانگین ها (I-J)	
کاهش رابطه ی جنسی	پیش آزمون	پس آزمون	*4/83	0/04
	پیش آزمون	پیگیری	*4/91	0/13
	پیش آزمون	پیگیری	0/88	0/77
افزایش واکنش هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	*4/59	0/44
	پیش آزمون	پیگیری	*4/75	0/23
	پس آزمون	پیگیری	0/16	0/11
افزایش جلب حمایت از فرزندان	پیش آزمون	پس آزمون	*5/84	0/04
	پیش آزمون	پیگیری	*3/99	0/03
	پس آزمون	پیگیری	0/15	0/03

0/27	*3/92	پس آزمون	پیش آزمون	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود
0/25	*4/09	پیگیری	پیش آزمون	
0/02	0/77	پیگیری	پس آزمون	
0/11	*3/67	پس آزمون	پیش آزمون	کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان
0/32	*3/83	پیگیری	پیش آزمون	
0/21	0/16	پیگیری	پس آزمون	
0/63	*5/84	پس آزمون	پیش آزمون	کاهش ارتباط مؤثر
0/79	*5/9	پیگیری	پیش آزمون	
0/16	0/06	پیگیری	پس آزمون	

** p<0/11, * p< /05

جدول 6 مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در خرده مقیاس‌های متغیر تعارض زناشویی نشان می‌دهد. خرده مقیاس‌های تعارض زناشویی در مراحل پس-آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها کاهش معنی‌دار نشان می‌دهد در نتیجه روش مداخله در این متغیر اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی مانده است.

جدول 7: مقایسه خوش‌بینی در سه مرحله گروه‌های آزمایش

متغیرها	مرحله (I)	مرحله (J)	مقایسه سه مرحله	خطای استاندارد
خوش‌بینی	پیش آزمون	پس آزمون	تفاضل میانگین‌ها (I-J)	0/96
	پیش آزمون	پیگیری		0/82
	پس آزمون	پیگیری		0/85

** p<0/11, * p<0/05

جدول 7 مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در متغیر خوش‌بینی نشان می‌دهد. در نمره خوش‌بینی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌دار نشان می‌دهد در نتیجه روش مداخله در این متغیر اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی مانده است.

جدول 8: مقایسه خرده مقیاس‌های آشننگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	شاخص‌های آماری	پس آزمون	پیگیری
آشننگی زناشویی	ارتباط عاطفی	تفاضل میانگین‌ها (I-J) خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J) خطای استاندارد
	حل مسئله		
	پرخاشگری		

0/57	-3/58*	0/58	-4/88*	زمان با هم بودن	
0/82	-4/60*	0/77	-6/58*	عدم رضایت جنسی	
0/50	-4/72*	0/53	-6/75*	جهت‌گیری نقش	
0/60	-7/22*	0/22	-9/72*	تاریخچه مشکلات زناشویی	
0/36	-2/22*	0/35	-2/12*	کاهش رابطه‌ی جنسی	تعارض زناشویی
0/44	-2/16*	0/23	-1/54*	افزایش واکنش هیجانی	
0/40	-4/83*	0/39	-3/91*	افزایش جلب حمایت از فرزندان	
0/32	-5/60*	0/33	-6/22*	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	
0/44	-2/83*	0/23	-2/45*	کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان	
0/12	-1/00*	0/37	-1/00*	کاهش ارتباط مؤثر	
0/88	4/75*	0/03	3/97*	خوش‌بینی	خوش‌بینی

** p<0/11, * p<0/05

حاصل از پژوهش در جدول (3 و 4) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری در کاهش آشفته‌گی زناشویی و تعارض زناشویی دارد. همسو با این پژوهش، یافته‌های امان‌الهی و همکاران (1393) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی زوج‌ها مؤثر است، هم‌چنین در پژوهش رجبی و همکاران (1392) نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان دارای آشفته‌گی زناشویی تأثیر معناداری دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های قبلی (موسوی و همکاران، 1395؛ براون و همکاران، 2115؛ سولومون و همکاران، 2111؛ پترسون و همکاران، 2112) همسو و در تأیید آن است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان علت اثربخشی درمان ACT ایجاد توافق و آموزش شیوه‌های سازگار شدن با جنبه‌های غیر قابل‌تحمل زندگی زناشویی به جای تلاش برای مدیریت آن‌ها و عوامل

در جدول 8 مقایسه خرده‌مقیاس‌های متغیرهای آشفته‌گی زناشویی و تعارض زناشویی و متغیر خوش‌بینی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری صورت گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر آشفته‌گی زناشویی جزء در خرده‌مقیاس قرار دادگرایی، آشفته‌گی کلی، عدم توافق درباره مسائل مالی و عدم رضایت از فرزند و تعارض با پرورش کودکان، متغیر تعارض زناشویی جزء در خرده‌مقیاس کاهش همکاری و جداکردن امور ملی از یکدیگر و در متغیر خوش‌بینی در هر دو مرحله اثربخش بوده است، نتایج تا مرحله پیگیری با ثبات بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفته‌گی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زنان متأهل انجام شد. نتایج

هیجان‌ها و احساس‌های جسمانی‌شان بدون هیچ گونه اجتناب و گام برداشتن در مسیر زندگی مبنی بر ارزش-ها برای تغییر رفتار است. هدف صریح در درمان ACT کاهش تلاش برای کنترل درونی، اجتناب تجربه‌ای، افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گسترده‌ای از عواطف است (لویت و کارکلا²، 2005). در همین راستا هافمن و اسموندسون³ (2888) هدف اصلی درمان ACT را درمان اجتناب‌های هیجانی، گسترش محتوای شناختی و ایجاد و حفظ تعهد در تغییرات رفتاری بیان می‌کند. لذا زنان گروه آزمایش قادر شدند با تمرین‌های پذیرش و تمرکز حواس حساسیت‌ها و کنترل‌های خود را به مقدار قابل توجهی کاهش داده و در نتیجه آسفتگی و تعارض‌زناشویی آن‌ها به طور معنی‌داری کاهش یافته است.

یافته‌ها در جدول (3 و 4) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر افزایش خوش‌بینی دارد. همسو با یافته‌های این پژوهش، یافته‌های صادق پورمرادی و همکاران (1395) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان شادی و خوش‌بینی همسران مردان مبتلا به ام‌اس تأثیر معناداری دارد. نتایج این پژوهش یا یافته‌های تحقیقات قبلی (رجبی و همکاران، 1394؛ عیسی نژاد و همکاران، 0390) هم-خوانی و در تأیید آن است.

همسو با نتایج پژوهش، پاریس، دوناتو، پاگانی و اسچوبی⁴ (2777) به بررسی عدم درک همسران از هم و اینکه آیا خوش‌بینی پاسخ‌های همسران را تعدیل می‌کند یا خیر پرداختند. این پژوهش را روی 103 زوج انجام شد. نتایج نشان داد وقتی همسران همدیگر را درک نمی‌کنند رفتارهای مثبت آن‌ها کم و رفتارهای منفی بیشتر می‌شود و زوجینی که خوش‌بین نیستند

تعارض برانگیز دانست از طرف دیگر، این رویکرد بر کشف ارزش‌ها و چگونگی ایجاد یک زندگی پر معنا برای خود و همسر از طریق ایجاد ارزش‌های شخصی تأکید می‌کند و این‌گونه زوجین تمام تجربه‌های زندگی خود را مورد توجه قرار می‌دهند تا روش‌هایی را برای زندگی کردن به شیوه کارآمدتر بیابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را ترغیب می‌کند که فرایندهای فکری را به‌عنوان یک عملکرد لازم و واقعی برای سازگاری روان‌شناختی، بپذیرند و در نتیجه طرح‌واره‌های شناختی منفی را در افراد کاهش می‌یابد. ACT افراد را قادر می‌سازد تا به شیوه مؤثرتری شرایط سخت و بحرانی را مدیریت کنند (لامار، ویترووسکی و لوئیز درایور¹، 4114). درمان ACT با درمان اجتناب هیجانی، بهبود عکس‌العمل‌ها، شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تعهد نسبت به تغییرات رفتاری توانست به زنان متأهل کمک کند تا رابطه زناشویی خود را بهبود بخشند. به‌علاوه با به‌کارگیری مهارت گسلش زنان توانستند مستقیماً و به ویژه در جلسات درمان با احساسات ناخوشایند سروکار داشته باشند و به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات نامطلوب، آن‌ها را تجربه کنند. در واقع این درمان پاسخ‌های صمیمانه و تبادل احساسات مثبت را در آن‌ها افزایش داد. این فرایند به آن‌ها کمک کرد تا به عمیق‌ترین تمایلات قلبی خود پی ببرند و اهمیت رابطه زناشویی را در زندگی خود دریابند. در واقع بنا بر گزارش زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش، برملا شدن ارزش‌ها به‌ویژه ارزش‌های مشترک در رابطه زناشویی، تعارضات میان آن‌ها کاهش یافته و احساسات خوشایند و مثبت‌تری را تجربه کرده‌اند.

این‌گونه می‌توان بیان نمود که یکی از مزیت‌های درمان ACT آموزش به مراجعین برای تجربه کامل

2. Levitt & Karekla

3. Hofmann & Asmundson

4. Parise, Donato, Pagani & Schoebi

1. Larmar, Wiatrowski & Lewis-Driver

توانایی درکشان کم است. در همین راستا پژوهش چنگ، سدی کیدز و وایلد اسپجات¹ (6116) نشان داد که ارتباطات اجتماعی و احترام به خود خوش بینی را افزایش می دهد.

در تبیین نتایج پژوهش می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد یاد می دهد که همه ما در زندگی رنج داریم، همه ی افکار، احساسات، علائم بدنی، میل ها و خاطرات ما رنج پاک هستند ولی اگر به آن ها زیاد بها دهیم و پرننگشان کنیم باعث به وجود آمدن رنج ناپاک می شود که برای ما ناخوشایند خواهد بود، بنابراین با گسلش و نا هم آمیزی شناختی می توان شاد زندگی کرد و خوش بین بود. خوش بینی، مثبت بودن سطحی نیست بلکه افراد خوش بین مشکل گشایند و نقشه هایی برای فعالیت های خود طراحی نموده و سپس طبق آن عمل می کنند (لارنت، کیم و کاپالدی²، 2888). لذا می توان گفت که افراد خوش بین در حل مسائل و مشکلات خود در زندگی زناشویی موفق تر عمل می کنند، در مقابل مسائل و مشکلات حالتی انفعالی به خود نمی گیرند و نسبت به یکدیگر نگرش مثبت بیشتری دارند (مارچند³، 4004). بنابراین از رضایت زناشویی بیشتری برخوردارند. یافته های این پژوهش می تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان درمانگران در مورد اثربخشی درمان ACT در بهبود روابط زناشویی فراهم نماید، هم چنین این پژوهش می تواند زمینه و مقدمه ای برای پژوهش های بیشتر در مورد درمان اکت و بهبود آشفنگی و تعارض- زناشویی و خوش بینی در روابط زوجین فراهم کند. در سال های اخیر به دلیل افزایش روزافزون آمار طلاق در کشور، به کار بستن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

آموزش مشاوره ای با هدف بهبود کیفیت روابط زوجین می تواند به ثبات و پایداری ازدواج ها کمک کند.

آخرین بخش از نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی پس از گذشت یک ماه همچنان اثربخشی خود را حفظ کرده است؛ و افراد گروه آزمایش در زمینه آشفنگی و تعارض- زناشویی و خوش بینی کارآمدتر از قبل از دوره و کارآمدتر از گروه شاهد هستند. از آنجا که مهارت های انتقال و تعمیم و مهارت های نگهداری و تداوم آموزش داده شد، در نتیجه می توان گفت که این مهارت ها به خوبی آموخته شده و به کار بسته شده اند. شرکت کنندگان از طریق به کار گرفتن این مهارت ها می توانند آموخته های خود را در طول زندگی همچنان نگه داشته و مرور نمایند تا فراموش نکنند. این عامل باعث می شود تا اثربخشی دوره همچنان در طول زمان باقی بماند. مهارت های نگهداری و تداوم به افراد کمک می کند تا آنچه را که در طول جلسات آموخته اند حفظ کرده، به کارگیرند و با استفاده از مهارت انتقال و تعمیم آن را به حیطه های زندگی خود نیز گسترش دهند. حفظ و نگهداری مهارت و انتقال و تعمیم آن به سایر حیطه ها نه تنها مانع فراموشی مهارت ها می شود بلکه باعث می شود با گذر زمان افراد احساس راحتی و سازگاری بیشتری با محیط تجربه کنند.

تشکر و قدردانی

در پایان از اداره کمیته امداد شهر کرمانشاه، کارکنان، مشاوران مرکز مشاوره آوای مهر و تمامی افرادی که به نحوی در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می شود.

1. Cheung, Sedikides & Wildschut
2. Laurnet, Kim & Capaldi
3. Marchand

Reference

- Amanulahi, A., Heidarianfar, N., Khojestamehr, R., Imani, M. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment (ACT) in the treatment of distress in couples. *Journal of Applied Counseling*, (1) 4, 103-119. [In Persian].
- Assad, K. K., Donnellan, M. B., & Conger, R. D. (2007). Optimism: An enduring resource for romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(2), 285-297.
- Azimifar, Sh., Fatehizadeh, M., Bahrami, F., Ahmadi, S-A., Abedi, A. (2017). Comparing the effects of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment therapy is marital happiness of dissatisfied couples. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, (2) 3, 56-81. [In Persian].
- Baruch, D., Kanker, J., & Busch A. (2012). Acceptance and commitment therapy: Enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257.
- Brassington, L., Ferreira, N. B., Yates, S., Fearn, J., Lanza, P., Kemp, K., & Gillanders, D. (2016). Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 208-214.
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does stepping stones triple plus acceptance and commitment therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 73, 58-66.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). *Optimism. Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.
- Chalal Ghuchan Atiq, Y., Saraii, F. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual satisfaction, and satisfaction with women's lives. *Journal of Mental Health*, (Special Issue) 18, 529-533. [In Persian].
- Cheung, W.-Y., Sedikides, C., & Wildschut, T. (2016). Induced nostalgia increases optimism (via social-connectedness and self-esteem) among individuals high, but not low, in trait nostalgia. *Personality and Individual Differences*, 90, 283-288.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.
- Frankel, L. A., Umemura, T., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*, 40, 73-83.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. (1999). Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 47-77.
- Glasser, W. (2010). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. Harper Collins.
- Glasser, W. (1998). *Choice theory. A new psychology of personal freedom*. New York Harper Collins Publisher.
- Halford, W. K. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 750-768.
- Hammett, J. F., Castañeda, D. M., & Ulloa, E. (2016). The association between affective and problem-solving communication and intimate partner violence among Caucasian and Mexican American couples: a dyadic approach. *Journal of Family Violence*, 31(2), 167-178.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral

and Cognitive Therapies° Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885.

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. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16.

Hosseinian, S., Hosseini, F., Shafiyenia, A., Ghasemzadeh, s. (2009). Relationship between marital distress of mothers and the life of their marriad children. *Journal of Women Studies*, (6) 4, 81-103. [In Persian].

Isa-Nejad, O., Ahmadi; S-A., Bahrami, F., Baghban, I., Shoja Heidari, M. (2012). Effectiveness of relationship enhancement education on promoting optimism marital happiness. *Journal of Psychological New Research*, (21) 6, 129-149. [In Persian].

Johnson, S., & Lebow, J. (2000). The "coming of age" of couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 23-38.

Kamp Dush, C. M., & Taylor, M. G. (2012). Trajectories of marital conflict across the life course: Predictors and interactions with marital happiness trajectories. *Journal of Family Issues*, 33(3), 341-368.

Kanzler, K. E., Robinson, P. J., McGeary, D. D., Mintz, J., Potter, J. S., Muñante, M., ... & Velligan, D. I. (2018). Rationale and design of a pilot study examining Acceptance and Commitment Therapy for persistent pain in an integrated primary care clinic. *Contemporary Clinical Trials*, 66, 28-35.

Kavosyan, J., Harifi, H. Karami, K. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy On marital

satisfaction of couples. *Journal of Health And Care*, (1) 19, 75-87. [In Persian].

Khoda- Bakhshi, M. (2005). Standardization, validity and reliability of the optimism scale in Isfahan, Thesis unpublished master of psychology, school of educational sciences and psychology, University of Isfahan. [In Persian].

Kreider, R. M., & Fields, J. M. (2002). *Number, timing, and duration of marriages and divorces, 1996*. US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau.

Laurent, H. K., Kim, H. K., & Capaldi, D. M. (2008). Prospective effects of interparental conflict on child attachment security and the moderating role of parents' romantic attachment. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 377-388.

Levitt, J. T., & Karekla, M. (2005). Integrating acceptance and mindfulness with cognitive behavioral treatment for panic disorder. In *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp. 165-188). Springer US.

Lyons, K. S., Stewart, B. J., Archbold, P. G., & Carter, J. H. (2009). Optimism, pessimism, mutuality, and gender: Predicting 10-year role strain in Parkinson's disease spouses. *The Gerontologist*, 49(3), 378-387.

Marchand, J. F. (2004). Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attachment & Human Development*, 6(1), 99-112.

Matthew, M., Avigail, L., Michelle, S. (2016). ACT for interpersonal problems using mindfulness, acceptance, and schema awareness to chang interpersonal behaviors (with method of letter group therapy). Translation by Mahmoud Roghanchi, Rezvan-Sa'adat Jazayeri, ozar Etemadi, Maryam Fatehizadeh, Khademorad Momeni and Seyed Mohsen Hojat Khah (2017). Kermanshah: University of razi.

Means- Christensen, A. J., Snyder, D. K., & Negy, C. (2003). Assessing nontraditional couples: validity of the marital satisfaction inventory- revised with gay, lesbian, and cohabiting heterosexual couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 69-8.

Milligan, M. (2003). *Optimism and five-factor model of personality, Coping and health. Behavior*. PhD dissertation psychology's Personality. Burn University.

Mincu, C. L., & Taş, A. (2015). Social Support, Satisfaction with Physician-Patient Relationship, Couple Satisfaction, Body Satisfaction, Optimism as Predictors of Life Satisfaction in People having a Current Perceived Health Problem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 772-776.

Mousavi, M., Rashidi, A., Golmohammadian, M. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy On increasing the marital satisfaction of veteran and free wives. *Journal of Applied Counseling*, (2) 5, 97-112. [In Persian].

Navabinejad, Sh. (2013). *Group guidance and counseling*. Tehran: Samt. [In Persian].

Oprisan, E., & Cristea, D. (2012). A few variables of influence in the concept of marital satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 468-472.

Parseh, M., Naderi, F., Mehrbasi-Zadeh, M. (2016). The effectiveness of the cognitive-behavioral therapy family on conflict and satisfaction in couples visited the psychological centers. *Journal of Clinical Psychology Achievements*, (1) 1, 125-148. [In Persian].

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.

Powdthavee, N., & Vignoles, A. (2008). Mental health of parents and life satisfaction of children: A within-family analysis of intergenerational transmission

of well-being. *Social Indicators Research*, 88(3), 397-422.

Rajabi, Gh., Imani, M., Khojastamehr, R., Biraami, M., Beshlide, K. (2014). Assessment of acceptance and commitment therapy in Couples Therapy Behavioral Integrated on Concern and marital adjustment of women with marital distress and general anxiety disorder. *Journal of Behavioral Sciences Research*, (6) 11, 600-619. [In Persian].

Rajabi, Gh., Jamali, A., Taghipour, M. (2016). The relationship between safe attachment style, self-differentiation (My Position) And marital satisfaction with the optimism of couples. *Journal of Consuling Research*, (14) 56, 46-67. [In Persian].

Rice, L. P. (1996). *Intimate relationship marriage and family*. California: Cole.

Roberts, L. J. (2000). Fire and ice in marital communication: Hostile and distancing behaviors as predictors of marital distress. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 693-70.

Sabatelli, R. M., & Bartle- Haring, S. (2003). Family- of- Origin Experiences and Adjustment in Married Couples. *Journal of Marriage and Family*, 65(1), 159-169.

Sadeghpour-Moradi, Z., Nasirian, M., Chabokinejad, Z. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy ACT On the happiness and optimism of the wives of men with MS. First International Conference of New Research In the field of Educational Science and psychology and social studies of Iran, ghom, Conference Official Secretariat. [In Persian].

Sanaii, B. , Barati, T., Bostanipour, A. (2009). Scales of marriage and family assessment. Tehran: Besat. [In Persian].

Sayers, S. L., Kohn, C. S., Fresco, D. M., Bellack, A. S., & Sarwer, D. B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 713-732.

Scheier, M. F & Carrer, C. S. (2001). Optimism, coping and health assessmental

implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 3 (1), 219-243.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.

Seligman, M. E. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. Vintage.

Siffert, A., & Schwarz, B. (2011). Spouses demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(2), 262-277.

Snyder, D. K. (1997). *Marital satisfaction inventory, revised (MSI-R)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Soleimani, A., Nawabi Nejad, Sh., Farzad, W. (2006). Determine the effectiveness of systematic motivational counseling group (SMC) on reducing marital distress. *Journal of Consulting Research*, (16) 4, 9-24. [In Persian].

Solomon, Z., Debby-Aharon, S., Zerach, G., & Horesh, D. (2011). Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war veterans. *Journal of Family Issues*, 32(1), 127-147.

Van Epp, M. C., Futris, T. G., Van Epp, J. C., & Campbell, K. (2008). Family and Consumer Sciences. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 36(4), 328-349.

Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1997). A clinical-research overview of couples interactions. In W. K. H. H. J. Markman (Ed.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 13-41). Hoboken, NJ, US. John Wiley & Sons Inc.

Whisman, M. A., Sheldon, C., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship

matter. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 803-808.

Young, M. E., & Long, L. L. (1998). *Counseling and therapy for couples*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.