

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و رضایت زناشویی زنان با

## مشکلات زناشویی

۱. شهناز فرجی، ۲. مژگان آگاه هریس\*، ۳. حسین شببانی

۱. دکتری روانشناسی عمومی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ۳. استادیار،

گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

(تاریخ وصول: ۹۹/۰۷/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۷/۲۹)

**The Effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on Cognitive Avoidance and Marital Satisfaction of Women with Marital Problems**

1. Shahnaz Faraji, 2. Mojgan Agahheris\*, 3. Hosein Sheybani

1. Ph.D Student in General psychology, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, 2. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, 3. Assistant professor,

Department of Psychology, Payame Noor University

(Received: Oct. 08, 2020 - Accepted: Oct. 20, 2020)

**Abstract****چکیده**

**Objective:** Marital satisfaction is the principle of continuity of a marital bond and it is important to identify effective interventions to strengthen it. Therefore, the present study was conducted with the aim of the effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive avoidance and marital satisfaction of women with marital problems. **Method:** The present study was a quasi-experimental with pretest-posttest design and control group. The statistical population included all women who referred to Toloosalamat psychological and counseling center in Tehran in 1398. Among them, 32 people were selected by purposive sampling method based on the inclusion criteria and randomly assigned to the experimental and control groups (16 people in each group). The experimental group underwent 8 sessions of 90-minute acceptance and commitment therapy. Data collection tools were Sexton and Douglas Cognitive Avoidance Questionnaire and Spanier Dyadic Adjustment Scale. Data were analyzed using SPSS-21 software through univariate analysis of covariance. **Results:** The results showed that acceptance and commitment therapy is effective in reducing cognitive avoidance and increasing marital satisfaction of women with marital problems ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** According to the results, in designing programs related to promoting family health and marital relationships, acceptance and commitment based therapy can be used as an effective intervention in improving cognitive avoidance and marital satisfaction.

**مقدمه:** رضایت زناشویی اصل تداوم بخش یک پیوند زوجی است و شناسایی مداخلات مؤثر در تقویت آن حائز اهمیت است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و رضایت زناشویی زنان با مشکلات زناشویی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مراجعه کننده مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روانشناسی مشاوره طلوع سلامت در منطقه ۳ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. از این بین تعداد ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۶ نفر در هر گروه). گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بود از پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس و مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اجتناب شناختی و افزایش رضایت زناشویی زنان دارای مشکلات زناشویی اثربخش است ( $P < 0.05$ ). **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج می‌توان در طراحی برنامه‌های مرتبط با ارتقای سلامت خانواده و روابط زوجین از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان مداخله‌ای مؤثر در بهبود اجتناب شناختی و رضایت زناشویی استفاده نمود.

**Keywords:** Acceptance and Commitment, Women, Marital Satisfaction, Cognitive Avoidance.

**واژگان کلیدی:** پذیرش و تعهد، زنان، رضایت زناشویی، اجتناب شناختی.

\*Corresponding Author: Mojgan Agahheris

\*نویسنده مسئول: مژگان آگاه هریس

Email: Agah.mojgan@yahoo.com

ایمپت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲؛ گرهارت، بیکر، هوپرگر و رونان<sup>۶</sup>،  
(۲۰۱۴).

اجتناب شناختی<sup>۷</sup>، نوعی راهبرد شناختی است که بر اساس آن، فرد افکار خود را در جریان روابط بین فردی تغییر می‌دهد. در فرایند اجتناب شناختی، توجه از موضوع نگران کننده به سوی موضوعات دیگر منحرف می‌شود؛ موضوعاتی که می‌تواند نسبت به موضوع اولیه، یعنی روابط بین فردی، نگرانی کمتری ایجاد کند (میهایلوا و جابسون<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰). اجتناب مانع از پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و به کارگیری راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل روش کارآمدی نیست (هانگ و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). طبق نظر برخی از محققان، هر فردی در رویارویی با یک موقعیت اجتماعی، فرضیاتی درباره خود و محیط می‌سازد؛ این فرضیات معیارهایی کمال‌گرایانه درباره عملکرد اجتماعی مثبت، باورهای مشروط درباره عملکردهای خویش در روابط بین فردی و توجه سوگیرانه درباره ارزیابی‌های دیگران است که می‌تواند منجر به شکل‌گیری تجربه ناخوشایند در روابط بین فردی شود (حسینزاده فیروزآبادی، بساک نژاد و داوودی، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد که

رضایت زناشویی یک جنبه بسیار مهم و پیچیده از یک رابطه زناشویی است. رضایت زناشویی به مسرت کلی شخص و خشنودی او از روابط نزدیک زناشویی اشاره دارد (لاونر، کرنی و برادبری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). رضایت زناشویی نگرش مثبت و لذت بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی مثل ارتباط، مسائل شخصیتی، حل تعارض، مسائل مالی، روابط جنسی و فرزندان دارند نقش مهمی در ثبات ازدواج دارد و مؤلفه‌ای است که ثبات و شادکامی ازدواج را نشان می‌دهد (ویلیامسون و لاونر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). افزایش آمار طلاق نشان دهنده این است که رضایت و خرسندی در روابط زناشویی به راحتی قابل دستیابی نیست (دلانگیس و ویکر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷) و از همان ابتدای زندگی مشترک، به دلیل حل نشدن عدم توافقات جدی و مکرر، رضایت زناشویی با تهدیدی جدی مواجه می‌شود (توکل و همکاران، ۲۰۱۷). عوامل بسیاری در رابطه زناشویی مؤثر هستند که عوامل شناختی از مهمترین آنها محسوب می‌شوند. طبق شواهد موجود، الگوهای اجتنابی اعم از اجتناب تجربه‌ای، شناختی و رفتاری در تعیین سطح رضایت زناشویی نقش مهمی به عهده دارند (هاو، یانگ، چن، هاو، وو، فان و فانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹؛ گابل و

<sup>۵</sup> Gable, S. L., & Impett

<sup>۶</sup> Gerhart, J. I., Baker, C. N., Hoerger, M., & Ronan

<sup>۷</sup> Cognitive Avoidance

<sup>۸</sup> Mihailova, S., & Jobson,

<sup>۹</sup> Hong et al

<sup>۱</sup> Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury

<sup>۲</sup> Williamson, H. C., & Lavner

<sup>۳</sup> DeLongis, A., & Zwicker

<sup>۴</sup> Hou, J., Jiang, Y., Chen, S., Hou, Y., Wu, J., Fan, N., & Fang

راهبرد اجتناب شناختی راهی است که افراد در مواجهه با روابط بین فردی انتخاب می‌کنند تا به شرایط فشارزا پاسخ گویند (آقاجانی و صمدی فرد، ۲۰۱۷). اجتناب شناختی با تجربه سطوح بالای ترس، نگرانی، اضطراب اجتماعی، رفتارهای هیجانی، تفکر منفی و عدم کنترل هیجانات همراه است (دیکسون، سیسلا و ریلی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) که این پیامدهای ناشی از اجتناب شناختی می‌توانند موجب اختلال در روابط بین فردی شوند (گابل و ایمپت، ۲۰۱۲). طبق شواهد موجود، زوجینی که در روابط زوجی خود دچار بدعملکردی هستند نسبت به سایرین، بیشتر از راهبردهای اجتناب شناختی برای رهایی از تفکرات نگران کننده مربوط به روابط خود استفاده می‌کنند که این فرایند با تشدید مشکلات ارتباطی در آنها همراه است (گرهارت و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا و به دنبال تلاش برای شناسایی مداخلات موثر در بهبود اجتناب شناختی و رضایت زناشویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی موثر در این زمینه به نظر می‌رسد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> است. در این درمان به جای تمرکز بر تغییر شناخت‌ها سعی بر این است تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد، چرا که بر اساس این دیدگاه رنج انسانها ریشه در انعطاف ناپذیری روانشناختی دارد که به وسیله اجتناب از تجارب منفی، ایجاد شده است (ویسلر و همکاران<sup>۳</sup>،

۲۰۱۱) و آنچه که آسیب زا تلقی می‌گردد، تمایل به غلبه بر آنها از طریق اجتناب نمودن از آنها است (هایز، لوین، پلمب ویلاردگا، ویلات و پیستورلو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). بر همین اساس هدف اصلی در رویکرد ACT، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی توانایی تماس کامل با لحظه کنونی و واکنشهای روانشناختی که باعث می‌شود فرد هشیار شود (است<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴) و ایجاد توانایی برای انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی تنها برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته-ساز انجام شود و یا در حقیقت به فرد تحمیل گردد (هایز و ویلسون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴). در عمل هدف این درمان، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است (پاک و عبدی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷) که با شش فرایند پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه حاصل می‌شود (مرادزاده، پیرخوافی، ۱۳۹۸). یافته برخی از مطالعات دال بر تاثیر درمان تعهد و پذیرش در کاهش اجتناب تجربه‌ای (پاک و عبدی، ۲۰۱۷؛ است، ۲۰۱۴؛ یابنده و کوروش نیا، ۲۰۱۹) و بهبود روابط زوجین (کاوسیان، حریفی، و کریمی، ۱۳۹۶)؛ قاسمی، عزیزی و اسماعیلی، ۱۳۹۶

<sup>۴</sup> Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello

<sup>۵</sup> Öst

<sup>۶</sup> Hayes, S. C., & Wilson

<sup>۷</sup> Pak, R., & Abdi

<sup>۱</sup> Dickson, K. S., Ciesla, J. A., & Reilly

<sup>۲</sup> Acceptance and commitment therapy

<sup>۳</sup> Wetherell

مرادزاده و پیرخوائفی، ۱۳۹۸) است.

رابطه زناشویی به عنوان مهمترین و اساسی-ترین رابطه انسان توصیف شده است و رضایت داشتن از رابطه زناشویی لازمه پایداری و دوام پیوند زناشویی است. رضایت زناشویی فرایندی که در آن یک زوج به صورت کلامی و غیرکلامی مانند گوش کردن، حالت چهره و ژست‌های مختلف با همدیگر تبادل احساسات و افکار را انجام می‌دهند. در همین راستا و در پی شناسایی عوامل دخیل در تقویت یا تخریب رضایت زناشویی، الگوهای اجتنابی از جمله اجتناب شناختی می‌توانند در روابط زناشویی تداخل ایجاد کنند؛ چرا که اجتناب شناختی و رفتاری می‌تواند در تعاملات دو سویه زوجین تداخل ایجاد کند و فرایند دستیابی به رضایت زناشویی را مختل سازد. این در حالی است که به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تاکید بر انعطاف‌پذیری روانی در قالب توانایی تماس کامل با لحظه کنونی و واکنش‌های روانشناختی به منظور آگاهی و هشیاری بیشتر، می‌تواند مداخله‌ای موثر در کاهش الگوهای اجتنابی و تقویت رضایت زناشویی است. بر همین اساس مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و رضایت زناشویی در زنان به واسطه در دسترس بودن و شرایط پاندمی کرونا می‌پردازد.

## روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز

خدمات روانشناسی مشاوره طلوع سلامت در منطقه ۳ تهران در سال ۱۳۹۸ بود. از میان آنها، ۳۶ نفر از زنانی که نمره کمتر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر را دریافت کردند، به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۸ نفر برای هر گروه). در ادامه، برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. قبل از شروع جلسات درمانی، هر دو گروه (کنترل و آزمایش) به سوالات پرسشنامه اجتناب شناختی و بعد از اتمام جلسات درمانی به هر دو مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر و پرسشنامه اجتناب شناختی به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. در نهایت با توجه به ریزش رخ داده در هر گروه، ۱۶ نفر در هر گروه باقیماندند و داده‌هایشان تحلیل شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل ۱- زن بودن، ۲- متعهد به شرکت در جلسات، ۳- داشتن نمره کمتر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر، ۴- داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، ۵- فاصله سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، ۶- عدم شرکت هم‌زمان در مداخلات درمانی دیگر، ۷- داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم برای همسر، ۸- فاصله سنی همسر بین ۲۴ تا ۵۶ سال بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ۱- غیبت بیش از سه جلسه، و ۲- عدم رعایت قوانین گروه درمانی بود.

## مقیاس سازگاری زناشویی<sup>۱</sup>: این مقیاس

دارای ۳۲ سؤال است که در سال ۱۹۸۲ توسط اسپانیر برای سنجش میزان سازگاری زن و شوهر تهیه شد (اسپانیر و تامپسون<sup>۲</sup>؛ ۱۹۸۲). این مقیاس همواره میان زوج های سازگار و ناسازگار و از جمله کسانی که احتمال اقدام به طلاق در آنان بیشتر است، تمایز قائل شده است. نمره گذاری براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از صفر (همیشه اختلاف داریم) تا ۵ (توافق دائم داریم) انجام می‌شود. مقیاس سازگاری زن و شوهر دارای نمره کل بین ۰ تا ۱۶۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر زوجین است. برای افزایش اطمینان مقیاس، تعدادی از سوالات به صورت مثبت و تعدادی به صورت منفی طراحی شده است و بنابراین برخی از سوالات مستلزم معکوس کردن جهت نمره گذاری است. از نظر اسپانیر افرادی که نمره آن‌ها ۱۰۱ یا کمتر از آن باشد، مشکل دار و ناسازگار محسوب شده و افراد دارای نمرات بالاتر از ۱۰۱ سازگار به حساب می‌آیند. اسپانیر در سال ۱۹۸۲ ضریب همسانی درونی ۹۶٪ و اعتبار بالایی را برای سطح نمرات کلی این مقیاس گزارش می‌کند. اسپانیر برای محاسبه روایی این مقیاس ۲۸۱ نفر را که با همسر خود زندگی می‌کردند را با ۹۴ نفر که طلاق گرفته بودند در این مقیاس مورد مقایسه قرار داد که در این مقایسه میانگین نمرات در گروه تفاوت معناداری داشت. این مقیاس توسط عیسی نژاد و

همکاران (۲۰۱۲) در کشور ایران هنجاریابی شده است. این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز روی نمونه‌ای متشکل از ۱۲۰ نفر زوج در تهران اجرا گردید و ضریب همبستگی نمرات زنان و شوهران طی دوبار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی این پرسشنامه است.

**پرسشنامه اجتناب شناختی<sup>۳</sup>:** این پرسشنامه توسط سگستون و داگاس<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ سؤال و در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (کاملاً غلط) تا پنج (کاملاً درست)، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارت است از: (۱) واپس‌زنی افکار نگران کننده، (۲) جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده، (۳) استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، (۴) اجتناب از موقعیتهای و فعالیتهای فعالساز افکار نگران کننده و (۵) تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی. نتایج تحقیق سگستون و داگاس (۲۰۰۸) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی شش هفته معادل با ۰/۸۵ بوده است. نتایج پژوهش مجتبیایی و یاسینی (۱۳۹۶) برای اعتباریابی نسخه فارسی این پرسشنامه نشان داد که پایایی بازآزمایی آن نیز در طی دو ماه ۰/۸۰

<sup>۳</sup> Sexton and Dugas Cognitive Avoidance Questionnaire

Dugas & Sexton

<sup>۱</sup> Spanier Dyadic Adjustment Scale

<sup>۲</sup> Spanier, G. B., & Thompson

گزارش شده است. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و به ترتیب برای خرده مقیاس‌های فرونشانی فکر ۰/۹۰، برای جانشینی فکر ۰/۷۱، برای حواسپرتی ۰/۸۹، برای اجتناب از محرک تهدیدکننده ۰/۹۰ و برای تبدیل تصورات به افکار برابر ۰/۸۴ به دست آمد. ضریب روایی آن نیز از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید<sup>۱</sup> برابر ۰/۴۸ به دست آمد.

در جدول ۱ به گزارش شرح جلسات درمان پذیرش و تعهد پرداخته شده است. این درمان در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای صورت پذیرفت.



<sup>۱</sup> white bear thought suppression inventory

جدول ۲. خلاصه‌ای از پروتکل درمان پذیرش و تعهد فراشناختی (ولز، ۲۰۱۱)

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنایی با اعضای گروه، دادن توضیحاتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انگیزه برای تغییر در مراجعین، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	سنجش مشکلات مراجعان از نگاه پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب و آمیختگی و ارزش‌های هر فرد.
سوم	آموزش نومیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکل‌هایی که مراجع برای رهایی از آن تلاش نموده است.
چهارم	آموزش پذیرش و ذهن آگاهی به‌واسطه رها کردن، گسلش شناختی و کاهش تلاش برای کنترل تجربیات ناخوشایند و همچنین مرور جلسه پیشین
پنجم	آموزش مفهوم زندگی ارزش‌مدار و ابعاد آن و آشنا کردن مراجع با ارزش‌های زندگی خود
ششم	ارزیابی اهداف زندگی و موانع اهداف و اعمال فرد، تصریح ارزش‌ها، آشنایی با اشتیاق و تعهد
هفتم	آموزش و ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها.
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه زندگی، اجرای پس‌آزمون

انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. در ابتدا در یک جلسه، به توضیح روند پژوهش و اهداف آن برای شرکت‌کنندگان پرداخته شد. همچنین به آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان نزد پژوهشگر و انتشار داده‌های کلی از پژوهش توضیح داده شد. سپس در ابتدا قبل از شروع برنامه درمانی، پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس بین دو گروه توزیع شد. پس از آن برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به

برای اجرای این مطالعه در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه با تال کد IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.02 3 اخذ گردید. پس از اخذ مجوز، روش اجرای به این صورت بود که پس از مراجعه به مراکز مشاوره شهر تهران و اعلام فراخوان برای شرکت در پژوهش، مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر بین زنان مراجعه‌کننده توزیع شد و سپس از بین افرادی که نمره آن‌ها در پرسشنامه فوق کمتر از ۱۰۱ بود، ۳۶ نفر بر اساس معیارهای ورود

صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفتند. پس از پایان مداخله، مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر و پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس مجدداً در هر دو گروه انجام شد. ۲ نفر از هر گروه بخاطر عدم همکاری، حذف شدند و داده‌های ۱۶ نفر از هر گروه برای تحلیل قابل استفاده بود.

داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به یک گروه آزمایش و یک کنترل که هر یک ۱۶ نفر شرکت کننده داشتند؛ میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۴۱/۹۴ و گروه کنترل ۳۹/۱۳ سال بود. میانگین سنی همسران آزمودنی‌های گروه آزمایش ۴۵/۰۶ و گروه کنترل ۴۰/۱۸ سال بود. میانگین مدت زمان ازدواج آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۴/۶۲ و گروه کنترل ۱۴/۶۸ سال بود. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۱۳/۳۰٪، ۱۳/۳۰٪ و ۳۷/۵۰٪ دیپلم، و در گروه کنترل ۲۵/۰۰٪، ۳۱/۳۰٪ و ۴۳/۸۰٪ لیسانس و فوق لیسانس بودند. آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌های دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها	موقعیت	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
واپس زنی افکار	پیش آزمون	۱۸/۶۲	۲/۰۶	۱۷/۲۵	۳/۷۶
	پس آزمون	۱۰/۹۳	۱/۳۴	۱۷/۸۱	۳/۷۶
جانشینی افکار مثبت با افکار نگران کننده	پیش آزمون	۱۶/۵۶	۲/۱۸	۱۵/۱۸	۳/۲۲
	پس آزمون	۷/۸۱	۱/۵۵	۱۵/۷۵	۳/۰۸
توجه برگردانی	پیش آزمون	۱۸/۷۵	۲/۹۵	۱۷/۴۳	۴/۰۵
	پس آزمون	۱۳/۶۸	۳/۳۴	۱۷/۸۷	۳/۸۲



۴/۲۸	۱۷/۳۷	۲/۲۴	۱۷/۸۷	پیش آزمون	اجتناب از موقعیت فعال‌ساز افکار نگران‌کننده
۳/۴۹	۱۸/۳۱	۲/۷۳	۱۲/۵۶	پس آزمون	
۳/۳۰	۱۷/۱۳	۱/۶۸	۱۸/۱۹	پیش آزمون	تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی
۳/۳۱	۱۸/۱۲	۲/۴۴	۱۲/۳۱	پس آزمون	
۱۴/۴۵	۸۴/۳۷	۷/۷۹	۹۰/۰۰	پیش آزمون	اجتناب شناختی
۱۳/۶۷	۸۷/۸۸	۵/۲۸	۶۷/۳۱	پس آزمون	
۸/۴۷	۸۸/۲۳	۱۲/۷۴	۸۶/۲۹	پیش آزمون	رضایت زناشویی
۱۰/۳۹	۱۰۵/۰۷	۹/۲۱	۸۸/۱۴	پس آزمون	

همانگونه که در جدول ۲ قابل مشاهده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش نمرات اجتناب شناختی و افزایش نمره رضایت زناشویی شده است. در گروه کنترل تغییر مشهودی در نمرات وجود ندارد. به منظور مقایسه دو گروه در نمرات اجتناب شناختی و رضایت زناشویی از تحلیل کوواریانس استفاده شد و پیش از انجام آن، پیش فرض‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف و آزمون لوین بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ( $P > 0/05$ ) بود. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس نمرات نمرات اجتناب شناختی و رضایت زناشویی بود.

همانگونه که در ادامه آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه نمره کل اجتناب شناختی و نمره رضایت زناشویی انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. طبق نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در جدول ۳، کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمره پس‌آزمون اجتناب شناختی ( $P = 0/001$ )، و نمره کل رضایت زناشویی ( $F = (1,29) 19/27$ ) و نمره کل رضایت زناشویی ( $F = (29,1) 17/97$ ,  $P = 0/001$ ) معنادار است. به طوری که بعد از درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، نمرات افسردگی و خود مراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به ترتیب کاهش و افزایش معنادار داشته است.

همانگونه که در ادامه آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه نمره کل اجتناب شناختی و نمره رضایت زناشویی انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. طبق نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در جدول ۳، کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمره پس‌آزمون اجتناب شناختی ( $P = 0/001$ )، و نمره کل رضایت زناشویی ( $F = (1,29) 19/27$ ) و نمره کل رضایت زناشویی ( $F = (29,1) 17/97$ ,  $P = 0/001$ ) معنادار است. به طوری که بعد از درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان، نمرات افسردگی و خود مراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به ترتیب کاهش و افزایش معنادار داشته است.

**جدول ۳:** نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	Sig	ضریب اتا
اجتناب شناختی	پیش آزمون	۸۷۸/۵۲	۱	۸۷۸/۵۲	۷/۳۳	۰/۰۲	۰/۲۱
	گروه	۱۹۸۵/۹۱	۱	۱۹۸۵/۹۱	۲۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۳۴۴/۶۷	۲۹	۱۱/۸۸			
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۶۵۶/۹۴	۱	۶۵۶/۹۴	۶/۳۸	۰/۰۱	۰/۱۸
	گروه	۱۸۴۷/۸۹	۱	۱۸۴۷/۸۹	۱۷/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	خطا	۲۰۸۲/۱۹	۲۹	۷۱/۷۹			

فرض همگنی شیب رگرسیون بود. بنابراین مانعی برای انجام تحلیل‌های کوواریانس چند متغیری وجود نداشت. نتایج این آزمون نشان داد، بین دو گروه از جهت ترکیب خطی خرده مقیاس‌های اجتناب شناختی که در مرحله بعد از مداخله ایجاد شده است، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F = 9/04, P < 0/001$ , ویکلز، لامبدای ویکلز،  $P < 0/001$ ). همچنین برای مقایسه دو گروه در هر یک از این متغیرها به عنوان یک متغیر وابسته از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در خرده مقیاس‌های اجتناب شناختی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون پارامتریک، مفروضه‌های آن یعنی نرمال بودن داده‌ها، همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. برای داده‌های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ( $P > 0/05$ ) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس ( $Box = 1/26, P > 0/05$ ) بود. همچنین تعامل غیر معنی‌دار بین متغیر همپراش (پیش آزمون) و گروه گویای برقراری

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در مؤلفه‌های اجتناب شناختی

متغیر	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
واپس زنی افکار	۴۱۵/۴۹	۱	۴۱۵/۴۹	۱۵۸/۷۱	۰/۰۰	۰/۸۵
جانشینی افکار مثبت با افکار نگران کننده	۵۵۹/۶۳	۱	۵۵۹/۶۳	۱۶۴/۵۷	۰/۰۰	۰/۸۷
توجه برگردانی	۱۸۹/۳۶	۱	۱۸۹/۳۶	۸۱/۲۸	۰/۰۰	۰/۷۶
اجتناب از موقعیت فعال‌ساز افکار نگران کننده	۲۹۰/۸۷	۱	۲۹۰/۸۷	۱۱۸/۷۵	۰/۰۰	۰/۸۲

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین مؤلفه‌های اجتناب شناختی شامل توان واپس زنی افکار ( $P \leq 0/00$ )، جانمایی افکار مثبت با افکار نگران کننده ( $P \leq 0/00$ )، توجه برگردانی ( $P \leq 0/00$ )، اجتناب از موقعیت فعال‌ساز افکار نگران کننده ( $P \leq 0/00$ ) و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی ( $P \leq 0/00$ ) در گروه مداخله و کنترل در مرحله پس آزمون از لحاظ آماری معنادار است. به طوری که بعد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات مؤلفه‌های اجتناب شناختی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنادار داشته است.

### نتیجه‌گیری و بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و رضایت زناشویی زنان با مشکلات زناشویی انجام شد انجام شده است. نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر معنی‌دار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب شناختی و رضایت زناشویی زنان با مشکلات زناشویی بود. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعات قبلی مبنی بر تأثیر مثبت این درمان بر کاهش اجتناب تجربه‌ای (پاک و عبدی، ۲۰۱۷؛ است، ۲۰۱۴؛ یابنده و کوروش نیا، ۲۰۱۹) و بهبود روابط زوجین (کاوسیان و همکاران، ۱۳۹۶؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۶؛ مرادزاده و پیرخوائفی، ۱۳۹۸) است. یابنده و کوروش نیا (۲۰۱۹) در مطالعه خود نشان دادند که در دانشجویان دارای

اضطراب اجتماعی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موثر از درمان شناختی-رفتاری در کاهش اجتناب تجربه‌ای و ترس از ارزیابی دیگران است. مرادزاده و پیرخوائفی (۱۳۹۸) در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت زناشویی زوجین موثر است. قاسمی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری دارای اثرات مشابه در بهبود رضایت زناشویی زنان دارای اختلال وسواس فکری-عملی هستند.

براساس مطالعات، افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند، تجربه‌های عاطفی مثبت و رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند زندگیشان بی‌معناست اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی و بنابراین با افزایش پذیرش بر عملکرد فردی از جمله رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارد (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طرفدار پذیرا بودن نسبت به تجربه‌های درونی است، زیرا بر این اعتقاد است که اجتناب از افکار و تجربیات دردناک منجر به رنج می‌شود و این هدف در جریان درمان با استفاده از تمرین‌های تجربه‌ای که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد به دست می‌آید (مرادزاده و پیرخوائفی، ۱۳۹۸). در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شناسایی افکار

و احساساتی که مانع زندگی ارزشمند می‌شود تاکید شده و اصل بر تغییر رابطه ما با تجربه‌های درونی مان است و نه تغییر صرف تجربه‌ها و برای همین است که فرد راحت‌تر می‌تواند از الگوهای اجتنابی شناختی و تجربه‌ای خود دست کشیده و با واقعیت موجود روبرو شود و در جهت پذیرش آن موضوع عمل کند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۶). این فرایند با افزایش پذیرش و انعطاف پذیری در فرد موجب افزایش انگیزه برای تغییر خود علیرغم وجود موانع می‌شود و فرد این را می‌پذیرد که موانع زندگی اجتناب ناپذیر هستند و بدون تلاش برای انکار و نادیده گرفتن آنها در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، حرکت می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تاکید بر شفاف سازی ارزش‌های ارتباطی و تعمق برای رفتار و اقدام سازگاران، به افراد این آموزش و فرصت تجربه را می‌دهد که دست به شیوه‌ای سازگاران و انطباقی بزنند که تضمین کننده دستیابی آنان به رضایت از زندگی باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دو تمرکز بر دو هدف عمده یعنی افزایش پذیرش افکار و احساسات ناراحت کننده و دردناک که قابل تغییر و اجتناب نیستند و متعهد شدن و عمل کردن در زندگی بر اساس ارزش‌های انتخاب شده، در این جهت حرکت می‌کند که به مراجعان مهارت‌هایی را بیاموزد تا با افکار و احساسات ناخوشایند را همان طور که هستند، مواجهه شوند و بدون تلاش برای اجتناب از آنها به انعطاف‌پذیری بیشتر دست پیدا کنند و در واکنش به محرک‌های اضطراب‌زا، بر مبنای اهدافشان عمل کنند (یابنده و کوروش نیا، ۲۰۱۹).

در چنین حالتی که فرد به پذیرش و انعطاف-پذیری شناختی دست پیدا می‌کند، دیگر گرایشی برای تغییر افکار خود در جریان روابط بین فردی ندارد و می‌تواند بدون نگرانی و اجتناب شناختی توجه خود را بر موضوع اصلی متمرکز سازد که این به معنای نزدیک شدن فرد به واقعیت درونی و بیرونی است و می‌تواند تسهیل بخش پاسخ‌های مؤثر وی به محرک‌های هیجانی و به کارگیری راهبردهای سازنده مدیریت هیجان باشد و بدین طریق روابط بین فردی را ارتقا بخشد و رضایت زناشویی را به همراه داشته باشد (کاوسیان و همکاران، ۱۳۹۶).

همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفراط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری صورت می‌گیرد و به فرد کمک می‌شود تا با مشخص ساختن اهداف ارزشمند خود در زندگی و اقدام عملی برای حرکت به سوی آن، با تجارب درونی خود بطور کامل و بدون مقاومت مواجهه شود و آنها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی شان، در هنگام بروز ببیند و بپذیرد. در واقع در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکیه بر راهبردهای مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش، توان فرد برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی که اجتناب شناختی غلبه دارد و فرد از زندگی اساسی باز می‌ماند و می‌تواند فراهم آورنده زمینه‌ای مساعد برای تجربه هیجانات منفی باشد، تقویت می‌شود و انعطاف پذیری حاصل در زندگی زناشویی می‌تواند با کمک به حل مسائل

موجب رضایت زناشویی بیشتر شود. چرا که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد نه انتخاب عملی که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره‌های آشفته‌ساز انجام می‌شود (است، ۲۰۱۴) و این می‌تواند از بار منفی مشکلات موجود در یک زندگی زناشویی بکاهد.

در واقع در این درمان سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. همچنین این درمان به دنبال تغییراتی در فرد است که برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی آمادگی داشته باشد. در همین راستا بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و این به معنای کاهش اجتناب شناختی است. این درمان به فرد این را آموزش می‌دهد که بجای تلاش برای اجتناب شناختی، خود را از تجارب ذهنی خود جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و در عین حال به دنبال شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی خود باشد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خود تبدیل کند (هایز و همکاران، ۲۰۱۳).

چنین فرایندی به معنای افزایش انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش، آگاهی لحظه به لحظه بر تجارب شناختی و احساسی، تفکیک خود از تجربیات

درونی و حرکت در جهت دستیابی به ارزشها و اهداف فردی که است که در عین کاهش لزوم اجتناب شناختی به بهبود عملکرد فردی در تمام ابعاد زندگی از جمله برخورداری از یک زندگی زناشویی رضایت بخش کمک می‌کند (پاک و عبدی، ۲۰۱۷).

نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر معنی‌دار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی و افزایش سطح رضایت زناشویی در زنان با مشکلات زناشویی بود. به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان مداخله-ای که می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری از اجتناب شناختی افراد بکاهد، رویکردی موثر در تقویت رضایت زناشویی است و برنامه‌های ارتقای بخش زندگی زناشویی می‌توانند از مزایای این درمان سود جویند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نداشتن مرحله پیگیری اشاره نمود. عدم تمایل زنان با مشکلات زناشویی برای شرکت در مطالعه و دشواری در جلب همکاری و حفظ انگیزه آنها برای تداوم مشارکت از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. همچنین اینکه این پژوهش صرفاً در شهر تهران و بر روی زنان با مشکلات زناشویی این جامعه انجام شد و بنابراین باید در تعمیم نتایج محتاط بود. پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر و با در نظر گرفتن انجام دوره پیگیری صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود کارایی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای دیگر مربوط به این گروه از افراد بررسی شود.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی عمومی و مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.02

### منابع

3 می‌باشد. در نهایت از تمامی شرکت کنندگانی که در این پژوهش ما را همراهی نمودند، تشکر می‌کنیم.

- آقاجانی، سیف اله؛ صمدی فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۶). نقش همجوشی شناختی، منبع کنترل و اجتناب شناختی در پیش‌بینی اضطراب مرگ سالمندان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱)؛ ۷۷-۶۴.

- قاسمی، سیمین؛ عزیزی، ارمان و اسماعیلی، نوشین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با درمان شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس در سال ۱۳۹۵. *سلامت جامعه*، ۱۱، ۶۷-۵۸.

- حسین زاده فیروزآبادی، یحیی؛ بساک نژاد، سودابه؛ و داودی، ایران. (۱۳۹۶). پیش‌بینی مؤلفه های اضطراب امتحان با توجه به اهمال کاری رفتاری، اهمالکاری تصمیم‌گیری و اجتناب شناختی در دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۳ (۴)، ۴۳۷-۴۲۴.

- مجتبیایی، مینا و یاسینی، ساسان. (۱۳۹۶). هنجاریابی پرسشنامه اجتناب شناختی و آمیختگی برای جوانان در ایران. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱۲، ۱۷۱-۱۵۴.

- مرادزاده، فریبا؛ پیرخوائفی، علیرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متأهل اداره بهزیستی. *روان پرستاری*، ۵ (۶)، ۷-۱.

- کاوسیان، جواد؛ حریفی، حسنیه؛ و کریمی، کامبیز. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج‌ها. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹ (۱)، ۸۷-۷۵.

Aqajani, S., & Samadifard, H. (2017). The role of cognitive fusion, locus of control and cognitive avoidance in the prediction of death anxiety in the elderly. *Journal of health and care*, 19(1), 62-74.  
DeLongis, A., & Zwicker, A. (2017). Marital satisfaction and divorce in couples in stepfamilies. *Current opinion in psychology*, 13, 158-161.  
Dickson, K. S., Ciesla, J. A., & Reilly,

L. C. (2012). Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. *Behavior therapy*, 43(3), 629-640.  
Gable, S. L., & Impett, E. A. (2012). Approach and avoidance motives and close relationships. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(1), 95-108.  
Gerhart, J. I., Baker, C. N., Hoerger,

- M., & Ronan, G. F. (2014). Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 291-298.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289-303.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Hong, J. S., Kim, S. M., Jung, H. Y., Kang, K. D., Min, K. J., & Han, D. H. (2017). Cognitive avoidance and aversive cues related to tobacco in male smokers. *Addictive Behaviors*, 73, 158-164.
- Hou, J., Jiang, Y., Chen, S., Hou, Y., Wu, J., Fan, N., & Fang, X. (2019). Cognitive mechanism of intimate interpersonal relationships and loneliness in internet-addicts: An ERP study. *Addictive behaviors reports*, 10, 100209.
- Isanezhad, O., Ahmadi, S. A., Bahrami, F., Baghban-Cichani, I., Farajzadegan, Z., & Etemadi, O. (2012). Factor structure and reliability of the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) in Iranian population. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 6(2), 55.
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication?. *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680-694.
- Mihailova, S., & Jobson, L. (2020). The impact of depression and culture on responses to intrusive autobiographical memories: Cognitive appraisals, cognitive avoidance, and brooding rumination. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 66-79.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105-121.
- Pak, R., & Abdi, R. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease acceptance and experiential avoidance in patients with multiple sclerosis (MS). *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 12(1), 63-72.
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 355-370.
- Spanier, G. B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*, 731-738.
- Tavakol, Z., Nikbakht Nasrabadi, A., Behboodi Moghadam, Z., Salehiniya, H., & Rezaei, E. (2017). A review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3).
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., ... & Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.
- Williamson, H. C., & Lavner, J. A. (2020). Trajectories of marital satisfaction in diverse newlywed couples. *Social Psychological and Personality Science*, 11(5), 597-604.
- Yabandeh, M. R., & Koroshnia, M. (2019). Comparing the Effectiveness of

Acceptance and Commitment Group Therapy with Cognitive Behavioral Group Therapy on reduction of Experiential Avoidance and Fear of

Negative Evaluation in University Students with Social Anxiety. *Report of Health Care*, 5(2), 32-43.

