

## اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین

آتنا ترابیان<sup>۱</sup>، صغری افکانه<sup>۲</sup>، پریناز بنیسی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران

<sup>۳</sup> دانشیار پایه ۱۸، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که برای دریافت خدمات درمانی به این مرکز مراجعه کردند که تعداد آن ها برابر با ۲۴۵۰ نفر بود. حجم نمونه در تحقیقات نیمه آزمایشی برابر ۳۰ نفر از زوجین را که تمام ملاک های ورود را داشته باشند، به صورت هدفمند انتخاب و سپس بصورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل خلاصه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۰)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) (DTS) و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (FTAS-۲۰) بود. تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم افزار SPSS22 انجام شد. در این تحقیق از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق و نشان دادن فراوانی و نمودارهای مربوط به آن استفاده شده و از آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه های تحقیق استفاده گردیده. قبل از آزمون فرضیه ها، مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شده. سپس مفروضه همگنی واریانس ها از طریق آزمون لوین در تمام متغیرهای دو گروه بررسی شد. برای گزارش نتایج از معناداری آزمون های آماری مورد نظر و اندازه از اثر متغیر مستقل استفاده شده. برای تجزیه و تحلیل داده های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شده است. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین اثربخش است. با توجه به شدت اثر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین تاثیر بیشتری نسبت به تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین دارد.

**واژه های کلیدی:** پذیرش و تعهد، بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی، ناگویی هیجانی

## مقدمه:

با توجه به گذار جامعه ما از جامعه سنتی به صنعتی و مدرنیسم، مشکلات خانواده، آسیب ارتباطی و نقش‌ها یکی از معضلات مهم در حیطه بهداشت روان خانواده‌ها است. مراجعات فراوان به مراکز خانواده درمانی و مداخله در بحران و افزایش رفتارهای کمک‌خواهانه تخصصی، نشان از وجود یک معضل جدی در بهداشت روان خانواده دارد. در رابطه زناشویی و دوست داشتن، حس تعلق و مهم بودن برای فرد مقابل اهمیت بالایی دارد. زمانی که خیانت اتفاق می‌افتد، فرد دچار آزرده‌گی، خشم و عصبانیت می‌شود و دیگران معنی حسادت به آن می‌دهند. خیانت به صورت کلی عبارت است از نقص اعتماد و شکستن توافق زن و شوهری درباره انحصار روابط جنسی، احساسی و عاطفی متقابل (کاوه، ۱۳۹۸).

یکی از عواقب و مشکلاتی که عموماً برای زوجین می‌افتد، تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی دارد و دارای ابعادی شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌شود. تحمل پریشانی، یک سازه فرا هیجانی است که انتظارات یک فرد را در مورد توانایی تحمل هیجان منفی، ارزیابی موقعیت هیجانی از لحاظ قابل پذیرش بودن، تنظیم شخصی هیجان و مقدار توجه جذب شده به وسیله هیجان منفی را می‌سنجد (الکایند، ۲۰۱۱). زوجین بدون هیچ‌گونه احساس و عاطفه‌ای نسبت به هم، به طور کامل جدای از هم به زندگی خود ادامه می‌دهند. به عبارتی روابط عاطفی در آغاز زندگی اغلب با شور و حرارت خاصی وجود دارد، اما پس از مدتی به علت نا آگاهی و غفلت یکی از طرفین یا هر دو، عواطف فروکش می‌کند و به تدریج که این وضعیت تشدید می‌شود، زندگی رو به سردی می‌گراید و گاهی این حالت تا جایی ادامه می‌یابد که زوجین زیر یک سقف فقط در کنار هم هستند، اما با هم زندگی نمی‌کنند، این وضعیت را طلاق عاطفی می‌نامد در طلاق عاطفی زندگی زناشویی توخالی شده و فاقد عشق، مصاحبت و دوستی است. در طلاق عاطفی، به قول اکثر تعاریف، زن و مرد زیر یک سقف زندگی می‌کنند، ولی هیچ رابطه احساسی میان زوجین یا وجود ندارد و یا بسیار کم است (فداکار، ۱۳۹۷).

از جمله عواملی که بر میزان بهبود روابط زناشویی زوجین تأثیرگذارند، می‌توان به بهزیستی روانشناختی اشاره کرد. بهزیستی روانشناختی از طریق شش فرایند اصلی هم‌پوش و مرتبط به هم حاصل می‌شود: پذیرش (تمایل به تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر فراوانی یا حالت آن‌ها)، گسلش شناختی (توانایی جدا کردن افکار، هیجانات، احساسات بدنی و تکانه‌ها از موقعیت‌های واقعی و انتخاب رفتارهایی که متناسب با بافت کنونی است)، توجه آگاهی (بودن کامل در زمان حال در هر لحظه)، خود به عنوان بافتار تشخیص اینکه فرد چیزی فراتر از تجارب درونی اش است، ارزش‌ها اصول شخصی منتخب و هدایت‌گر که مسیر زندگی فرد را مشخص کرده و به او احساس معنا می‌دهد، اقدام متعهدانه رفتارهایی که در مسیر ارزش‌های شخص و بسته به بافتاری که در آن قرار دارد به صورت منعطف انتخاب می‌شوند (مارتین و مارش، ۲۰۱۴). ناگویی هیجانی

<sup>۱</sup>Tolerance of distress

<sup>۲</sup>Elkind

<sup>۳</sup>emotional divorce

<sup>۴</sup>Psychological well-being

<sup>۵</sup>Martin,A,J&Marsh,H.

نیز همانند متغیرهای دیگر ذکر شده می تواند از رفتار مفید و مؤثر آدمی در تطبیق با محیط فیزیکی و روانی به گونه ای که تنها با تغییرات محیطی همرنگی نکرده و به پیروی ناهشیار از آن کفایت نمی کند بلکه خود نیز می تواند در محیط تأثیر گذاشته و آن را به گونه ای مناسب تغییر دهد (جعفری، ۱۳۹۲).

از آن جا که آسیب های روان شناختی تنش های روابط زناشویی، به صورت مزمن بروز می کند؛ این امر لزوم مداخله های روان شناختی را مطرح می کند. یکی از مداخلات رایج در زمینه اختلالات روانشناختی و هم چنین آسیب های خانوادگی، رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در مداخله طرحواره درمانی سعی می شود تا با به کارگیری مبانی و روش های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و مؤلفه هایی از سایر نظریه ها مانند دلبستگی، روابط شی، ساختارگرایی و روان تحلیل گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را ارائه دهد. یکی از رویکردهایی که اثربخشی آن در زمینه های بسیاری به تأیید رسیده، طرحواره درمانی است که لیهی بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراشناختی هیجانات ارائه کرده است. طبق این مدل، افراد در شیوه تجربه هیجانات و مفهوم سازی آنها متفاوتند و بسته به باورهایی که درباره هیجانات خود دارند، روش های متفاوتی برای اقدام انتخاب می کنند. افرادی که هیجانات منفی زیادی دارند، به بروز کنش های شدید در موقعیت های نسبتاً اضطراب زا یا نامطلوب تمایل دارند. این افراد خود را سرزنش کرده و به شدت انتقاد می کنند و به دیگران بیش از حد حساسیت نشان می دهند. این خصیصه های منفی، در دراز مدت سبب جدایی و فاصله افراد از یکدیگر شده، به بروز شکست های عاطفی بیشتر در روابط منجر می گردند (داتیلیو، ۲۰۱۶).

#### بیان مسئله

در یک رابطه زناشویی بهنجار، فرایند تحول روانی زن و شوهر و چرخه تحول خانواده به وسیله تعاملات سازنده همسران گسترش می یابد و هنجارهای اجتماعی به آن عمومیت می بخشد (سیونیک و سیبل، ۲۰۱۶). در واقع خانواده یکی از مهم ترین نهادهای جامعه و شکل دهنده شخصیت آدمی است که موجب رشد احساسات و ارزش ها، تکامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن، قدرت انتخاب و در نهایت تصمیم گیری منطقی افراد می شود (رحیمی، ۱۳۹۸). از عواملی که سلامت خانواده را با چالش مواجه می کند، مسئله ناگویی هیجانی است که سیفneos (۱۹۸۸) نخستین بار این واژه را به منظور توصیف مجموعه ای از ویژگی های شناختی و عاطفی که در میان بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی مشاهده شده بود، به کار برد (مهجرانی، حقایق و ادیبی، ۱۳۹۶). ناگویی هیجانی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف

<sup>۱</sup>Alexithymia

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

<sup>۳</sup>Schema Therapy

<sup>۴</sup>Lee - Hey

<sup>۵</sup>Dattilio

<sup>۶</sup>Sevinc, M & Sibel, G.E.

<sup>۷</sup>divorce

<sup>۸</sup>Sifneos, P. E.

احساسات و جهت گیری فکری بیرونی است. این مشخصه ها بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانها می باشند (خزان و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش ها نشان داده اند که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی صحیح هیجانها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آنها برای همدردی با حالت های هیجانی دیگران محدود است (سرافینی و همکاران، ۲۰۱۶). مطمئناً ایجاد و حفظ یک رابطه عاشقانه و رضایت بخش نیازمند تشخیص عواطف، هیجانها و توانایی ابراز آن هاست (جراره، ۱۳۹۱). توانایی فهمیدن و درک کردن احساسات دیگران نیز نقش مهمی در رابطه رضایت بخش دارد (وچس و کوردووا، ۲۰۱۳). بیان عواطف، تبادلات عاطفی و همدلی عاملی اساسی در تمایز زوج های راضی از ناراضی بوده و نقش مهمی در رشد صمیمیت دارد (کاترین و تیمرمن، ۲۰۱۲).

یکی از مسائل مطرح در زوجین مسئله تحمل پریشانی است. پریشانی متغیر تفاوت های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی های هیجانی اشاره دارد و به توانایی تجربه و تحمل موقعیت های روانشناختی منفی اطلاق می گردد (سیمونز و گاهر، ۲۰۱۵). پریشانی، تنیدگی یا استرس در روان شناسی به معنی فشار و نیرو است و هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند، استرس زا یا عامل تنیدگی نامیده می شود. در واقع استرس زمانی ایجاد می شود که ما نتوانیم با فشارهای کوچک کنار بیاییم. استرس در افراد مختلف متفاوت است، ممکن است عاملی برای فردی ایجاد استرس کند ولی در فرد دیگر، به هیچ عنوان استرس ایجاد نکند (زاهد پاشا، ۱۳۹۰). تحمل پریشانی، توانایی مقاومت کردن در برابر رویدادها، موقعیت های فشار آوردن هیجانها قوی، بدون جادادن و یا رویارویی فعال و مثبت با فشار تعریف می شود. شایستگی تحمل پریشانی، نوعی مهارت رویایی است که ما از آن ها برای تحمل دردهای غیرقابل اجتناب، تهدیدها و هجوم فشارهای زندگی ناشی از ضعف های جسمانی و بهداشت هیجانی، استفاده می کنیم. بار - آن، تحمل پریشانی را به شرح ذیل تعریف می کند: «توانایی مقاومت و تحمل در برابر وقایع زیان آور و موقعیت های تنش زا بدون برخورداری از احساس شکست، آن هم از طریق رویارویی مثبت و فعالانه با تحمل پریشانی» (حیدری گوجانی، ۱۳۹۳). تفاوت های فردی نیز در تجربه هیجانها هم شدت و هم فراوانی شان، ممکن است ماهیت تحمل پریشانی را تحت تاثیر قرار دهد پژوهش ها نقش تحمل پریشانی را در اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواس، افسردگی و کیفیت خواب موثر دانسته اند (هالیدی، پدرسون و لونتال، ۲۰۱۶؛ به نقل از فروزان فر، ۱۳۹۶).

پژوهش ها نشان می دهد یکی از عوامل مؤثر بر بروز تعارض و ناسازگاری ها در زوجین بهزیستی روانشناختی پایین است (هالی، کلودیا و ایرنی، ۲۰۱۸). بهزیستی روان شناختی در دوره اخیر در ادبیات پژوهشی به وفور مورد بررسی قرار

<sup>۱</sup>Serafini., G.

<sup>۲</sup>Wachs, K. & Cordova, J.V.

<sup>۳</sup>Kathryn, D & Timmerman, L.

<sup>۴</sup>distress tolerance

<sup>۵</sup>Simons, J., & Gaher, R.

<sup>۶</sup>Holley, R., Claudia, M., & Irene, C.

<sup>۷</sup>psychological well-being

گرفته است و دامنه مطالعات آن از حوزه زندگی فردی به تعاملات اجتماعی کشیده شده است (کول، ۲۰۱۲). بهزیستی روانی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین هدف ها معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی های مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می شود. بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های فرد را در بر می گیرد. بهزیستی روانی شامل ارزش های شناختی افراد از زندگی می شود. آن ها، شرایط خود را که به انتظارات ارزش ها و تجارب قبلی شان وابسته است ارزش گذاری می کنند (خداپناهی و همکاران، ۱۳۸۹). طبق دیدگاه (راین و دسی ۲۰۰۱؛ به نقل از آقامحمدیان شعرباف، موسوی فر و معینی زاده، ۱۳۹۱) دو رویکرد عمده در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت گرایی و فضیلت گرایی. بر اساس رویکرد لذت گرایی، بهزیستی شامل شادکامی ذهنی، لذت و اجتناب از درد است. در مقابل رویکرد فضیلت گرایی بیان می کند که واژه بهزیستی هنگامی ارزشمند است که با شادکامی صرف فاصله داشته باشد. زوجینی که بهزیستی روانشناختی بالایی دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می کنند و موقعیت های چالش انگیز یا رویدادهای استرس زا را می پذیرند و نسبت به زوجینی که انعطاف پذیر نیستند، از نظر روان شناختی تاب آوری بیشتری دارند (هاگلوند، نستادت، کوپر سوتویک و چارنی، ۲۰۱۵). بهزیستی روانشناختی افراد را قادر می سازد تا با بیماری و چالش های سخت آن کنار بیایند و در برخورد با مشکلات زندگی حتی در شرایط بسیار نامطلوب مهارت پیدا کنند (عینی، هاشمی و عبادی کسبخی، ۱۳۹۹).

مداخلات روانشناختی می تواند با ارتقاء بهزیستی روانشناختی و نیز کاهش فشار روانی به افزایش سلامت روانی اعضاء خانواده کمک نماید. یکی از مداخلات پیش رو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کنند (وود و رابرتز، ۲۰۱۵). در این درمان سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به فرد آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها، به طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی، فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی اش را بشناسد و به طور واضح، مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی؛ فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به این تجارب همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می توانند افکار غیر منطقی، وسواسی،

١ Cole, K.

٢ Haglund, M., Nestadt, PS., Cooper, NS., Southwick, SM., & Charney, DS.

٣ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

٤ Wood, D., & Roberts, B. W.

فلش بک، خشم، استرس، هراس ها و یا اضطراب های اجتماعی باشند(توماس و همکاران ، ۲۰۱۴). مشخص شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رضایت از زندگی، افسردگی، اضطراب، وضعیت کاری و عملکرد روان شناختی تاثیر معنی داری دارد(جانسون، فوستر، شنان، استراکی و جانسون ، ۲۰۱۰). مدل ها و راهکارهای درمانی جدیدی برای تبیین این پدیده و آسیب اجتماعی و عوامل موثر بر آن و راه های پیشگیری از آن ارائه شده است، اما با این حال آمار متقاضیان طلاق در جوامع مختلف و جامعه ایران نگران کننده است. آمار منتشره در زمینه طلاق در جهان و ایران به خوبی گویای این قضیه است که رضایت، به آسانی قابل دسترس نیست و هر روز شاهد ارائه نرخ های بالاتری از میزان طلاق و زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی هستیم.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر، از جمله طرح های نیمه آزمایشی، به صورت پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می باشد که هر دو گروه دو بار مورد مشاهده (اندازه گیری) قرار می گیرند. نخستین مشاهده با اجرای یک پیش آزمون و دومین آن با اجرای یک پس آزمون صورت می گیرد.

### جامعه آماری پژوهش

جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که برای دریافت خدمات درمانی به این مرکز مراجعه کردند که تعداد آن ها برابر با ۲۴۵۰ نفر بود.

### حجم نمونه و روش نمونه برداری

حجم نمونه در تحقیقات نیمه آزمایشی برابر با ۱۰ الی ۳۰ نفر است(حسن زاده، ۱۳۹۶). بدین صورت در این پژوهش نیز تعداد ۳۰ نفر از زوجین را که تمام ملاک های ورود را داشته باشند، به صورت هدفمند انتخاب و سپس بصورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

### مقیاس ها

#### پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۰)

ریف (۱۹۸۰) برای اندازه گیری این سازه ها، مقیاس های بهزیستی روان شناختی همچون پرسشنامه ۸۴ عبارتی، ۱۴ عبارتی، ۹ عبارتی و ۳ عبارتی را طراحی کرد. پس از بررسی های اولیه نسخه ی اصلی مقیاس های بهزیستی روان شناختی که دارای ۸۴ عبارت است، تهیه شد. سپس نسخه های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد. این پرسش نامه ۵۴ سوالی ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ مقیاس است و برای هر زیر مقیاس ۳ عبارت در نظر گرفته شده است. ابعاد مختلف آن شامل: (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) می باشد و با طیف پنج گزینه ای لیکرت طراحی شده است. نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بالاتر در فرد پاسخ دهنده می باشد و برعکس. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است(ریف، ۱۹۹۵). در ایران طی پژوهشی که با نمونه ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره گیری از

Thomas N & et al.

Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, & Johnson A

آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۷۴، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۶۵، خودمختاری ۰/۶۰ و نمره کلی ۰/۹۰ بود (میکائیلی، ۱۳۸۹). پایایی این پرسشنامه در تحقیق بیانی (۱۳۹۲) تحت عنوان بررسی جنبه‌های به‌زیستی افراد و نقش آن در سلامت بدنی و روانی برابر با ۰/۸۲ محاسبه گردیده است. همچنین روایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ بدست آمده که مورد تایید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده از پرسشنامه بدست آمده بالا بوده و نشان دهنده پایایی عالی پرسشنامه است و می‌توان گفت محقق از نتیجه پرسشنامه برای اجرای نهایی اطمینان دارد. فخاری و همکاران (۱۳۹۰) نیز به بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه اقدام نمودند. تحلیل عاملی انجام شده توسط آنها به‌زیستی روانشناختی موجود در این پرسشنامه را تایید نمود. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تاییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد.

#### پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) (DTS)

پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است. عزیزی (۱۳۸۸) نشان داد که این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس های راهبردهای مقابله ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود رابطه منفی دارد. همچنین همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت ۶ ماه، ۰/۶۱ بود. ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷، ۰/۷۳ می باشد. همبستگی مقیاس تحمل آشفتهگی با شیوه های مقابله ای مسأله محور، هیجان محور، ۱۹۶ به ترتیب ۰/۳۳۷، ۰/۲۷۸، ۰/۲۱۳، و همچنین بین مقیاس تحمل آشفتهگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی های ۰/۵۴۳، ۰/۲۲۴- و ۰/۶۵۳- به دست آمده است (عزیزی، ۱۳۸۸).

#### مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (FTAS-20)

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط تیلور (۱۹۸۶) طراحی شده است و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی و همکارانش تجدید نظر گردید. این یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده)، و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، نظری ندارم=۳، موافق=۴، کاملاً موافق=۵ می باشد. و گویه های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به دلیل منفی بودن به شیوه معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می باشد و هرچه نمره فرد از نمره ۵۲ بالاتر باشد واجد ناگویی هیجانی بالاتر از میانگین است (بشرپور، علیمردانی صومعه و شاه محمدزاده، ۱۳۹۳). محققان پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۷ محاسبه کردند (پارکر، تیلور و بگی، ۲۰۱۳) که نشان دهنده همسانی درونی خوب آزمون است. همچنین سرلک و سجادیان (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ مقیاس را در نمونه ایرانی برای مولفه دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر عینی ۰/۵۰ به دست آورده اند. علاوه بر این نتایج تحلیل عوامل نیز ساختار عاملی نسخه ایرانی الکسی تیمیا را تایید نمود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی

هیجانی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس های دشواری و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است.

خلاصه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (برگرفته از کتاب هنرپروران و همکاران، ۱۳۹۳؛ ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳)

ساختار جلسات (ACT)	
جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش آزمون بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره ای رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکانپذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد معرفی درماندگی خلاق: که در این شرایط می توان بر نادیده گرفتن ارزش ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد. معرفی سیستم های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تلاش های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)
جلسه دوم	نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود کنترل به عنوان شکل(کنترل مسئله است نه راه حل)،(آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است) تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق
جلسه سوم	ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزش ها
جلسه چهارم	ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده گری سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزش ها
جلسه پنجم	هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش ها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می دهد. ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج های زندگی
جلسه ششم	هدف جلسه کمک به افراد گروه که پیوسته حوزه های زندگی را که مطابق با ارزش های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخاب ها در برابر قضاوت ها/ تصمیم ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر)
جلسه هفتم	هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش های بزرگتر درمانجو مشخص شده است. ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج



<p>ارزیابی عمل متعهدانه: آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT، پیام اصلی ACT دو علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی براساس مد ACT، ارائه خلاصه ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون تکالیف پیشنهادی: ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود. ادامه جلسات می تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی و بعد از گذشت سال به ملاقات های سه ماهه</p>	جلسه هشتم
---	-----------

## یافته ها

فرضیه اصلی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین تاثیر دارد.

جدول ۴-۱۱: تحلیل کواریانس یکطرفه فرضیه اصلی

آماره ها	F	مقدار	Sig
اثر پیلای	۴/۴۲۳	۰/۵۰۵	۰/۰۰۱
لانداى ويلكز	۴/۲۲۶	۰/۶۰۸	۰/۰۰۰
اثر هاتلینگ	۴/۷۰۶	۰/۵۴۱	۰/۰۰۱

در جدول بالا بر اثر سه آماره اثر پیلای، لانداى ويلكز و اثر هاتلینگ با توجه به اینکه مقدار Sig کمتر از ۰/۰۵ می باشد بنابراین

اثر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین متفاوت می باشد.

جدول ۴-۱۲: تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA)

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	سطح معنی داری	شدت اثر
بهزیستی روانشناختی	۰/۹۱۸	۱	۰/۹۱۸	۲۱/۳۳۱	۰/۰۰۰	۰/۵۰۲
تحمل پریشانی	۰/۵۶۳	۱	۰/۵۶۳	۸/۵۳۸	۰/۰۰۷	۰/۳۹۶
ناگویی هیجانی	۰/۴۴۰	۱	۰/۴۴۰	۴/۰۶۶	۰/۰۲۱	۰/۱۴۱

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می شود که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی و

ناگویی هیجانی زوجین اثربخش است. با توجه به شدت اثر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین

تاثیر بیشتری نسبت به تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین دارد.

فرضیه ۱: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین تاثیر دارد.

جدول ۴-۸: تحلیل کواریانس یکطرفه فرضیه ۱

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۱/۲۴۴	۲	۰/۶۲۲	۳۶/۸۱۱	۰/۰۰۰	
عرض از مبدا	۰/۳۵۹	۱	۰/۳۵۹	۲۱/۲۱۷	۰/۰۰۰	
پیش آزمون بهزیستی روانشناختی	۰/۳۳۶	۱	۰/۳۳۶	۲۱/۱۴۵	۰/۰۰۰	
گروه(متغیر مستقل)	۰/۹۱۸	۱	۰/۹۱۸	۲۱/۳۳۱	۰/۰۰۰	۰/۵۰۲
خطا	۰/۴۵۶	۲۷	۰/۰۱۷			
مجموع	۱۹۵/۳۵۰	۳۰				
کل تصحیح شده	۱/۷۰۱	۲۹				

با توجه به میزان  $F= ۲۱/۳۳$  و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح  $۰/۰۵$  کمتر می باشد با  $۰/۹۵$  اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین اثربخش است. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود بهزیستی روانشناختی زوجین می گردد.

فرضیه ۲: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی زوجین تاثیر دارد.

جدول ۴-۹: تحلیل کواریانس یکطرفه فرضیه ۲

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۱/۳۸۴	۲	۰/۶۹۲	۱۰/۴۹۳	۰/۰۰۰	
عرض از مبدا	۰/۸۷۳	۱	۰/۸۷۳	۱۳/۲۳۸	۰/۰۰۱	
پیش آزمون تحمل پریشانی	۰/۶۶۱	۱	۰/۶۶۱	۱۰/۰۱۴	۰/۰۰۴	
گروه(متغیر مستقل)	۰/۵۶۳	۱	۰/۵۶۳	۸/۵۳۸	۰/۰۰۷	۰/۳۹۶
خطا	۱/۷۸۱	۲۷	۰/۰۶۶			
مجموع	۱۸۴/۵۱۷	۳۰				

با توجه به میزان  $F= ۸/۵۳$  و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح  $۰/۰۵$  کمتر می باشد با  $۰/۹۵$  اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی زوجین اثربخش است. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود تحمل پریشانی زوجین می گردد.

فرضیه ۳: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی زوجین تاثیر دارد.

جدول ۴-۱۰: تحلیل کواریانس یکطرفه فرضیه ۳

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۰/۴۴۵	۲	۰/۲۲۲	۲/۰۵۵	۰/۱۴۸	
عرض از مبدا	۰/۶۱۷	۱	۰/۶۱۷	۵/۶۹۶	۰/۰۲۴	
پیش آزمون ناگویی هیجانی	۱/۲۰۲	۱	۱/۲۰۲	۴/۲۰۷	۰/۰۲۱	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۴۴۰	۱	۰/۴۴۰	۴/۰۶۶	۰/۰۲۱	۰/۱۴۱
خطا	۲/۹۲۳	۲۷	۰/۱۰۸			
مجموع	۳۱۰/۵۰۴	۳۰				
کل تصحیح شده	۳/۳۶۷	۲۹				

با توجه به میزان  $F= ۴/۰۶$  و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح  $۰/۰۵$  کمتر می باشد با  $۰/۹۵$  اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی زوجین اثربخش است. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود ناگویی هیجانی زوجین می گردد.

### بحث و تفسیر

فرضیه اصلی: نتایج فرضیه اصلی نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین اثربخش است. با توجه به شدت اثر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین تاثیر بیشتری نسبت به تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زوجین دارد. این نتایج با نتایج سعادت اسدی و ولی زاده (۱۴۰۰)،

حاجی علی اکبری و طهماسبی (۱۳۹۸)، عباسی (۱۳۹۷)، درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶)، بارت نیلور، گرسول و داوسون (۲۰۲۲)، هاول و پاسمور (۲۰۲۲)، وانگ، ژو، یو، ران، لیو و چن (۲۰۱۸) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمانی که در این پژوهش به کار برده شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد و در این روش درمانی به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روانشناسی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پذیرش و تعهد درمانی هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هسته مشکلات را هدف قرار می دهد و هدف کلی آن افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و همچنین توانایی تماس هر چه کاملتر با لحظه حال و تغییر رفتار به منظور به خدمت گرفتن ارزش هاست، یکی از متغیرهایی که در افراد منجر به اختلال می شود، مشکلات سازگاری اجتماعی، هیجانی می باشد. توانمندی ها و شایستگی های اجتماعی و هیجانی از عوامل تعیین کننده تأثیرگذار بر این افراد محسوب می شوند درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به دلیل داشتن فرآیند هایی مانند ذهن آگاهی و ارزشهای می تواند بر روی افراد تأثیر بگذارد. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن منعطف، باز و کنجکاوانه است (اکس به زبان ساده). تمرکز فرد را از گذشته بر میداریم و می خواهیم زمان حال را درک کند. برای تقویت ذهن آگاهی از تمرین نفس آگاهانه (تمرین تنفسی) و مشاهده آگاهانه استفاده شد. ارزشها جملاتی هستند درباره اینکه چکار می خواهیم با زندگی خودمان انجام دهیم. آنها قوانینی هستند که می توانند ما را برای حرکت کردن در زندگی هدایت کنند دانستن ارزش ها به افراد کمک می کند تا در راستای آن قدم بردارند و از مسیر منحرف نشوند. اغلب نیاز است که ارزشها اولویت بندی شوند. از کاربرد مشکلات و ارزش ها استفاده شد. تمرین ذهن آگاهی و تعیین ارزشها و عمل متعهدانه بر اساس ارزش ها می تواند اشخاصی را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش هایی کند که در هنگام بروز هیجانات ناخوشایند بر هیجانات خودآگاهی و مدیریت بیشتری داشته باشند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث می شود که افراد احساسات، هیجانات و افکار خود را علی رغم ناخوشایند بودن بپذیرند و حساسیت بیش از حد و اندازه به مشکل را کاهش داده و در نتیجه هیجانات مثبت در خود را

Barrett –Naylor R, M.Gresswell D, L & Dawson D

Howell & Passmore

Wang Sh, Zhou Y, Yu S, Ran LW, Liu XP, chen,YF.

افزایش دهند. افراد در این روش درمانی آموختند که نمی توانند از افکار و حسهایشان فرار کنند و نباید روی آنها کنترلی داشته باشند بلکه باید افکار را بپذیرند و با آموزش ذهن آگاهی توانستند حالات هیجانی مثبت را افزایش دهند.

فرضیه اول: نتایج فرضیه اول نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین اثربخش است. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود بهزیستی روانشناختی زوجین می گردد. این نتایج با نتایج جلوداری (۱۳۹۸)، عباسی (۱۳۹۷)، اسوین، هانکوک، هینسورث و باومن (۲۰۱۹)، وانگ، ژو، یو، ران، لیو و چن (۲۰۱۸)، ویکفیلد، راباک و بایدن (۲۰۱۸) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، برخلاف درمان شناختی رفتاری، محتوای افکار، احساسات و حس های بدنی بررسی نمی شود، بلکه شیوه های که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می پردازند، مورد بررسی قرار می گیرد. این رویکرد تاکید می کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد و همچنین روند درمان در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به این صورت است که پس از قرارداد درمانی، در ابتدا با استفاده از تشبیهات، استعارات و مثال ها روش های ناکارآمد قبلی فرد مورد بررسی و تضعیف قرار می گیرد و به او نشان می دهد چگونه روش های اجتناب و کنترلی تا کنون ناکارآمد بوده و منجر به تشدید مشکلات شده اند و سپس کمک می کند تا مراجع، ادغام و اتصال شناختی خود را کاهش دهد و با احساسات درونی خود ارتباط بهتری برقرار کند. در همین راستا می توان گفت رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می کند زوجین ارزش های شخصی خود را که تاکنون به آنها بی توجه بوده مشخص کنند، فعالیت های لازم برای رسیدن به این ارزش ها تعیین نمایند و در نهایت کمک می کند زوجین فعالیت های لازم را برای رسیدن به اهداف خود با توجه به بهزیستی روانشناختی به انجام برسانند. از آنجایی که افرادی که از کمبود بهزیستی روانشناختی رنج می برند در حال پژمردگی و امیدی خاموشی می باشند که ثمره فقدان معنا، هدف و هر چیز مثبت دیگری در زندگی شان است. پژمردگی یک عارضه نادیده گرفته شده است که در اصل نقطه مقابل سلامت روان است. افراد در حال پژمردگی ساکن خالی و پوچ هستند، اما افراد در حال شکوفایی برای زندگی شور و اشتیاق دارند و به صورت فعال و مولد درگیر جامعه و افراد دیگر می شوند عباسی (۱۳۹۷). بدین ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تشبیهات، استعارات و مثال ها روش های ناکارآمد قبلی فرد به افزایش بهزیستی روانشناختی کمک می کند.

فرضیه دوم: نتایج فرضیه دوم نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی زوجین اثربخش است. در واقع

<sup>۱</sup>Swain, J.; Hancock, K.; Hainsworth, C. and Bowman, J

<sup>۲</sup>Wang Sh, Zhou Y, Yu S, Ran LW, Liu XP, chen, YF.

<sup>۳</sup>Wakefield S, Roebuck S & Boyden P.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود تحمل پریشانی زوجین می گردد. این نتایج با نتایج عباسی (۱۳۹۷)، احمدی و ریسی (۱۳۹۷)، درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶)، وانگ، ژو، یو، ران، لیو و چن (۲۰۱۳)، سوینک و سیبل (۲۰۱۶) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال این است که کارکردهای بالقوه افکار و احساسات ناخواسته را تغییر دهد و این کار را با اصلاح زمینه های روان شناختی ای که آنها در آن تجربه می شوند، انجام می دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از انواع درمان های شناختی رفتاری موج سوم است که علاوه بر راهکارهای تغییر رفتار، از راهکارهای پذیرش و ذهن آگاهی نیز برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند در همین راستا میتوان گفت زوجین مجهز به تکنیک های ذهن آگاهی سعی می کنند به صورت منطقی موقعیت های استرس زا را برای خود ایمن تلقی کنند. هر تمرینی که آنها را به تجربه زمان حال مرتبط کند، ذهن آگاهی زوجین را رشد می دهد و این برخورد منطقی در برابر موقعیت های تنش زا تحمل پریشانی آنها را افزایش میدهد. همانطور که پیش تر بیان شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از انواع درمان های شناختی رفتاری موج سوم است که علاوه بر راهکارهای تغییر رفتار، از راهکارهای پذیرش و ذهن آگاهی نیز برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. از این رو بر افزایش پذیرش، آگاهی از لحظه اکنون و تعهد به انجام اعمال در راستای ارزش ها تاکید می شود. در رویکرد ACT، هدف از زندگی سالم این نیست که فرد احساس خوبی داشته باشد بلکه هدف آن فراتر از داشتن یک احساس خوب است. سلامت روان شناختی این است که ما همینطور که احساسات خوب را تجربه می کنیم، احساسات بد را نیز تجربه می کنیم و بتوانیم تحمل پریشانی را داشته باشیم. زمانی که تنها احساسات اهمیت پیدا می کنند و اعمال ما را تعیین می کنند ما نمی توانیم این احساسات را آزادانه و بدون دفاع درک کنیم. برعکس اگر احساسات فقط احساس باشند، همانطور معنا پیدا می کنند که عمل می کنیم. یعنی بخش کوچکی از پیشینه ما با توجه به زمینه اخیر، در زمان حال بروز می کند. احساسات مورد علاقه و مهم هستند اما آنها نباید آنچه را که در آینده باید رخ دهد به ما دیکته کنند. در خلال فرایندهای کلامی، بیماران هیجانتشان را شدیدتر از میزان واقعی آنها درک می کنند. زمانی راهبرد اجتناب هیجانی مورد استفاده قرار گیرد، این باور و عقیده نیرومندتر و شدیدتر می شود زیرا اجتناب به خودی خود این عقیده را به ذهن می آورد که باید از بعضی چیزها کناره گرفت. بنابراین رویکرد پذیرش و تعهد با استفاده از راهکارهای تغییر رفتار، راهکارهای پذیرش و ذهن آگاهی می تواند به زوجین کمک کند تا تحمل پریشانیشان را افزایش دهند.

فرضیه سوم: نتایج فرضیه سوم نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی زوجین اثربخش است. در واقع

Wang Sh, Zhou Y, Yu S, Ran LW, Liu XP, chen, YF.

Sevinc, M; Sibel, G.E.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود ناگویی هیجانی زوجین می گردد. این نتایج با نتایج عراقی، امیری مجد و قمری (۱۳۹۹)، جلوداری (۱۳۹۸)، تیلکی (۱۳۹۷)، باتمانی و حیدری (۱۳۹۷)، درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶)، میسائیل، لوین، جک، هیگر، بنجامین، پیرس، میسائیل و توهایی، سوینک و سیبل (۲۰۱۶) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که در مدل پذیرش و تعهد درمانی، برطرف نمودن اجتناب های تجربی ضرورتاً هدف مراجع قرار نمی گیرد، هدف کمک به مراجع در جهت کشف و شفاف سازی ارزش هایش می باشد و تا اندازه ای در این مورد که اجتناب از موقعیت های ترس آور با حرکت در جهت ارزش ها ممکن است تداخل کند، بحث می شود. پذیرش به مراجع کمک می کند تا فعالیت هایی که در جهت ارزش هایش هست را انتخاب کرده و راهبردهای کنترل را رها کند. در پذیرش و تعهد درمانی، تنظیم اهداف و شفاف سازی ارزش ها با اهمیت شمرده می شود. ارزش ها به عنوان مسیر کلی زندگی مطرح می شوند. اهداف و ارزش ها، انتخاب های خود مراجع هستند. این مرحله درمانی دو هدف مفید را تامین می کند: اول اینکه مراجع را تشویق می کند تا خودش اهداف و ارزش هایش را انتخاب کند و دوم اینکه اهدافی را که احتمالاً واضح نبوده را برجسته می نماید. پذیرش و تعهد مهارتی است که به زوجین اجازه می دهد که در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان ناراحت کننده، دریافت کنند. وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می شوند دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی کنند. بیشتر مشکلات روانی معمولاً با حوادثی که در گذشته روی داده یا در آینده اتفاق خواهد افتاد مربوط است. همانطور که پیش تر اشاره شد ناگویی هیجانی اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیالبافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می شود. گمان می رود که این ویژگی ها یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم دهی حالت های عاطفی را منعکس می کنند. هرچند ناگویی خلقی در ارتباط با بیماران روان تنی مطرح شد، اما امروزه به عنوان یک صفت شخصیتی در میان تمامی افراد جامعه توزیع شده است. از آنجایی که هدف در این روش درمانی کمک به مراجع در جهت کشف و شفاف سازی ارزش هایش می باشد و تا اندازه ای در این مورد که اجتناب از موقعیتهای ترس آور با حرکت در جهت ارزش ها ممکن است تداخل کند به کاهش ناگویی هیجانی منجر می شود.

## منابع

- آسوده، اعظم. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان ماتریکسی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روانشناختی، نشخوار فکری و ناامیدی در معتادان تحت درمان متادون*، پایان نامه، کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری.
- احمدی، اکرم و ریسی، زهره. (۱۳۹۷). *تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، نشریه سلامت روان کودک (روان کودک)*، پاییز ۱۳۹۷، دوره ۵، شماره ۳، از صفحه ۶۹ تا صفحه ۷۹.
- اصغری، سحر. (۱۳۹۶). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی، تاب آوری و هراس از مرگ بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام/اس)*، پایان نامه، کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری.
- افرازی زاده، سید فیض الله. (۱۳۹۶). *بهزیستی روانشناختی: با تأکید بر عزت نفس و باورهای فراشناخت. انتشارات راز نهران*.
- باتمانی، فردین و حیدری، صابر. (۱۳۹۷). *اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و سلامت روان دانش آموزان، محل انتشار: پنجمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی*
- بحرینی، زهرا و ثناگوی محرر، غلامرضا. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری نوجوانان بدون سرپرست. سلامت اجتماعی*، ۱۶(۱)، ۷۹-۷۰.
- پورصادق، معصومه؛ رنگی، وحید و دهقانی، وحیده. (۱۴۰۰). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آزار عاطفی، دلزدگی زناشویی و بخشودگی زناشویی زوجین متعارض، هفتمین کنفرانس بین المللی دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران، تهران*.
- تیلکی، مهدیس. (۱۳۹۷). *اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن، فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی*، دوره ۱۴، شماره ۳ - شماره پیاپی ۵۲، پاییز ۱۳۹۷، صفحه ۱۶۳-۱۷۸
- جلوداری، سمیرا. (۱۳۹۸). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و ناگویی هیجانی در زنان دچار سرطان پستان، فصلنامه روانشناسی کاربردی*، دوره ۱۳، شماره ۴ - شماره پیاپی ۴، زمستان ۱۳۹۸، صفحه ۵۲۷-۵۴۸
- حاجی علی اکبری، افسانه و طهماسبی، سیامک. (۱۳۹۸). *تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت روان و افزایش رضایت زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره، سومین کنفرانس ملی نوآوری و تحقیق در اخلاق و تربیت، مناسبات دین و روانشناسی، تهران*.
- درویش باصری، لیلا و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). *اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، نشریه روان پرستاری، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۶، دوره ۵، شماره ۱، از صفحه ۷ تا صفحه ۱۳*.
- ربیعی، مهدی؛ زره پوش، اصغر؛ پالانگ، حسن و زارعی محمود آبادی، حسن. (۱۳۹۸). *رابطه بین مؤلفه های تنظیم شناختی - هیجانی و اختلالات اضطرابی. مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۵).
- رحیمی، پوپک. (۱۳۹۸). *تأثیر رویکرد هیجان مدار بر ناگویی هیجانی و شادکامی زناشویی زوجین دچار طلاق عاطفی، هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران*.
- سعادت اسدی، مریم و ولی زاده، مهدی. (۱۴۰۰). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و خود متمایز سازی زنان متأهل، اولین کنفرانس ملی مطالعات آسیب شناسی روانی و روش های نوین درمان، تهران*.



- سعیدمنش، محسن و بابایی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و عزت نفس نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال دارای لکنت. *مطالعات ناتوانی*، ۷، ۶-۱.
- سیدجعفری، جواد؛ معتمدی، عبدالله؛ مهرداد صدر، محمد؛ علمایی، مرضیه و هاشمیان، سید سپهر. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، دوره ۳، شماره ۱، ۲۹-۲۱.
- صادقیان، زهرا. (۱۳۹۶). *از حرمت خود تا بهزیستی روانشناختی*. انتشارات سنجش و دانش.
- عینی، ساناز؛ هاشمی، زهره و عبادی کسبخی، متینه. (۱۳۹۹). بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: نقش سرسختی روانشناختی، حس انسجام و راهبردهای مقابله‌ای. *روانشناسی سلامت*، ۹ (۲): ۱۳۶-۱۲۱.
- عباسی، مسلم. (۱۳۹۷). *اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی، مهارت‌مندی هیجانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران*، محل انتشار: همایش ملی روان‌شناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم عباسی امیرهنده، الهام. (۱۳۹۷). *بهزیستی روانشناختی و سرسختی ذهنی شناگران*. انتشارات آذرفر.
- عراقی، یحیی؛ امیری مجد، مجتبی و قمری، محمد. (۱۳۹۹). اثر بخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی*، ۱۱ (۴۲): ۹۷-۸۳.
- فداکار، س. (۱۳۹۷). *رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و انسجام خانواده با طلاق عاطفی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت.
- فروزان فر، آزاده. (۱۳۹۶). *تحمل پریشانی: نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب‌شناسی روانی*. *رویش روان‌شناسی*، ۶ (۲) پیاپی ۱۹: ۲۶۲-۲۳۹.
- قاسمی هرندی، ابوالقاسم و فروزنده، الهام. (۱۳۹۶). *اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شهر اصفهان*. مجموعه مقالات سومین کنفرانس بین‌المللی رویکردهای نوین در علوم انسانی.
- کاظمی، حمید. (۱۳۹۵). *بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر میزان تحمل پریشانی، اضطراب، افسردگی و کاهش مشکلات تنظیم هیجان در بیماران زن مبتلا به اختلال سردرد تنشی استان اصفهان*، پایان‌نامه. دولتی - وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه اصفهان - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. ۱۳۹۵. کارشناسی ارشد
- کاوه، سعید. (۱۳۹۸). *همسران و بی‌وفایی و خیانت: بررسی عوامل مؤثر و شناخت ویژگی‌ها و عوامل تشکیل‌دهنده و پیامدهای ناشی از عارضه بی‌وفایی و خیانت میان همسران*، انتشارات سخن.
- کاویانی، حسین و موسوی، اشرف سادات. (۱۳۹۵). *ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی*. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶ (۲)، ۱۴۰-۱۳۶.
- کریمی‌مقدم، پ و انتصار فومنی، غ. (۱۳۹۷). *اثر بخشی آموزش مدیریت استرس بر بهبود خودکارآمدی و تنظیم فشار خون زنان مبتلا به فشار خون بالا*، *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، شماره ۱، ص ۱۶-۷.
- مرمرچی نیا، مژگان و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی*. *روانشناسی کاربردی*، ۲ (۴۲)، ۱۷۴-۱۵۷.
- موتابی، فرشته. (۱۳۹۰). *مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر*. تهران: نشر طلوع دانش.

مهاجرانی، سپهر؛ حقایق، سیدعباس و ادیبی، پیمان. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو. *فصلنامه گوارش*، ۲۲ (۱): ۳۸-۲۸.

نجاری، فیروزه؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر احساس تنهایی و سازگاری روان شناختی زنان مطلقه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۵ (۳)، ۷۵-۶۸.

#### ب. منابع انگلیسی

- Allen, L. B., Lu QTsao, J.C.I., Hayes, L.P., & Zeltzer, L. K. (2011). Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *J Heal Psycho*, 16(8): 1177-86.
- Amica, P. (2010). providing intellectual focus to proceedings of the 29, sigcse Technic : symposium on computer science education , Atlanta Georgia.
- Anderson, T. (2017). *An Updated and Theoretical Rational for Interaction* (IT Forum Paper No. 63). Athabasca University
- Bagarozzi, D. A. (2011). *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook*. Brunner-Routledge.
- Barrett –Naylor R, M.Gresswell D, L.Dawson D. (2020). The effectiveness and acceptability of a guided self-help Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*; 88: 332-340.
- Baruch D. Kanker J. and Busch A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*. 8(3): 241-257.
- Bluett E. J., Homan K. J., Morrison K. L., Levin M. E., Twohig M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 612-624.
- Bond F. W., Hayes S. C., Baer R. A., Carpenter K., Orcutt H. K., Waltz T., Zettle R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Capayaydin Y. (2009). High school students' emotions and emotional regulation during test taking. *Department of Educational Sciences Middle East Technical University Ankara, Turkey*.
- Cole, K. (2012). *Well-being, psychological capital, and unemployment*. Carvert, R.H. (2006). Ambiguity intolerance: An impediment to inferential reasoning. Stone hill College, 2348-55.
- Dattilio, F. M. (2016), Restructuring schemata from family of origin in couple therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An Int Quarterly*, 20(4): 359-373.
- Elkind, D. (2011). *The hurried child: Growing up too fast too soon*. Reading, MA: Addison – Wesley.
- Engle J, M.Follette V. (2018). An experimental comparison of two Acceptance and Commitment Therapy (ACT) values exercises to increase values-oriented behavior. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10: 31-40.

- Forman, E. M., Herbert, J. & Moitra, E. (2009). A randomized controlled effective of acceptance and commitment therapy & cognitive therapy for anxiety & depression. *Journal of Behavior Modification*, 31 (6), 772-799.
- Haglund, M., Nestadt, PS., Cooper, NS., Southwick, SM., Charney, DS. (2015). Psychobiological mechanisms of resilience: *relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology*. *Dev Psychopathol*, 19(3): 889-920.
- Hayes SC. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*; 40(7):976-1002.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., Bigland, A. (2008). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. *Journal of Behavior and Cognitive therapy*. X, (1), 81-102.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Holley, R., Claudia, M., & Irene, C. (2018). Depression, emotion regulation & the demand/withdraw pattern during intimate relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35: 408-430.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen P., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed outpatients? Results from a 6-month follow-up study. *Journal of Psychother Psychosom*, 69(4): 303-308.
- Howell, AJ & Passmore, HA. (2020). Acceptance and Commitment Training (ACT) as a Positive Psychological Intervention: A Systematic Review and Initial Meta-analysis Regarding ACT's Role in Well-Being Promotion Among University Students. *Journal of Happiness Studies*, volume 20, pages 1995–2010.
- Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, Johnson A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clin J Pain*; 26(5):393-402.
- Kathryn, D., Timmerman, L. (2012). *Accomplishing romantic relationship*. In: Greene JO, Burleson BR. (editors). *Handbook of communication and social interaction skills* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates. 14(4), 68-90
- Lane, R. D., Sechrest, L., Reidel, R., Weldon, V., Kaszniak, A., & Schwartz, G. E. (2012). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in Alexithymia. *Journal of Personality and Individual Differences Psychosomatic Medicine*, 58(6): 203-210.
- Lim, S. A., & Lee, J. (2020). Gender Differences in the Relationships between Parental Marital Conflict, Differentiation from the Family of Origin, and Children's Marital Stability. *The American Journal of Family Therapy*, 1-16.
- Lundh, L. G., Johnson, A., Sundqvist, K., & Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Journal of Personality and Individual Differences* 2(1): 361-379.
- Martin, A, J & Marsh, H. (2014). Academic resilience and its psychological and educational correlations: a construct validity approach, *psychology in the Schools*, 43, 267-281.

- Michael E. Levin, Jack A. Haeger, Benjamin G. Pierce, Michael, Twohig. (2017). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Mental Health Problems in College Students A Randomized Controlled Trial. *Behavior Modification*. Vol 41, Issue 1, 2017
- Michalitsianos, N. (2014). *Resiliency: a resorce for promoting marriage satisfaction*. M.A. dissertation in Marriage & Family Therapy. Kean University
- Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K., Shirao, N., & Yamawaki, S. (2012). Brain activation during the perception of stressful word stimuli concerning interpersonal relationships in anorexia nervosa patients with high degree of alexithymia an FMRI paradigm. *Journal of Neuroimaging*, 201(2): 113-119.
- Mudrack, P. E. (2014). Job involvement, obsessive-compulsive personality traits, and workaholic behavioral tendencies. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 490-508.
- Paslan, N. A., & Othman, M. H. (2019). *Depression of Women Undergoing Divorce Process in Malaysia*.
- Sevinc, M; Sibel, G.E. (2016). *A Study of Parents' Child Raising Styles and Marital Harmony*. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(3):1648 – 1653.
- Sherman. J. A. (2014). Predicting mathematics performance in high school girls and boys. *Journal of Educational Psychology*, 71, 242- 249.
- Simons, J., & Gaher, R. (2015). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29: 83–102.
- Suyanti Titi S, Keliat Budi A, Daulima Novy HC. (2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enferm Clin*;28:98-101.
- Swain, J.; Hancock, K.; Hainsworth, C. and Bowman, J. (2019). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67.
- Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC & Farhall J. (2014). A *andomized controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol*. *BMC Psychiatry*; 14:198.
- Wakefield S, Roebuck S, Boyden P. (2018). The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*10: 1-13
- Watkins, N. K. (2019). *A Longitudinal Analysis of Depression: Associations with Parental Divorce during Emerging Adulthood* (Doctoral dissertation, Indiana University).
- Wachs, K., Cordova, JV. (2013). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of marital and family therapy*, 33(4), 464-481.
- Wang Sh, Zhou Y, Yu S, Ran LW, Liu XP, chen,YF. (2018). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive–Behavioral Therapy as Treatments for Academic Procrastination: A Randomized Controlled Group Session. *Research on Social Work Practice* .27(1):48-58.
- Wood, D., & Roberts, B. W. (2015). “The effect of age and role information on expectations for Big Five personality traits”. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32: 1482 –1496.

Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Borgaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 578-578.

