

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۵۱ پاییز ۱۳۹۷

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان مرد

الهه جعفری^۱

اکرم دهقانی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان مرد شهرستان نجف‌آباد در سال ۱۳۹۴ بود. این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. به‌منظور اجرای پژوهش ۳۰ نفر از همسران جانبازان مرد بالای ۲۵ درصد و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شدند. بر روی هر دو گروه، پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۱۹۷۹) و رضایت زناشویی اسلامی (۱۳۸۸) اجرا گردید. گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه، به‌مدت ۹۰ دقیقه مورد مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات در گروه آزمایش، پس‌آزمون در دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل مانکوا نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابلیت افزایش تاب‌آوری ($p < 0/05$) و رضایت زناشویی ($p < 0/05$) همسران جانبازان مرد را داشت. همچنین نتایج بیانگر تفاوت معنادار دو گروه در ابعاد ارتباط کلامی، حل تعارض، مدیریت مالی و اوقات فراغت بود، و در سایر زیرمقیاس‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. با توجه به نتایج می‌توان استنباط نمود که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌منظور افزایش تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان مرد می‌توان استفاده نمود.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری؛ رضایت زناشویی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ همسران جانبازان

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، اصفهان، ایران

۲- گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

جنگ به‌عنوان یک عامل فشارزای روانی پیامدهای گسترده‌ای را در زمینه‌های مختلف فردی و اجتماعی بر جامعه تحمیل می‌کند. مشکلات جسمی و روانی فرد جانباز که معمولاً در خانواده نقش اول را دارد و اثرات غیرمستقیم آن بر خانواده‌های آنان از جمله ناگوارترین تبعات این پدیده می‌باشد (مهدی عراقی، ۱۳۸۲). نیمی از جانبازان به سبب معلولیت خویش باعث ایجاد تنش در محیط خانواده خود می‌شوند (قهاری و همکاران، ۱۳۸۲). بحرینیان و برهانی (۱۳۸۲) بر روی نمونه‌ای از جانبازان اعصاب و روان استان قم و همسران آنان نشان دادند ۸۸/۹ درصد همسران جانبازان، مبتلا به افسردگی، ۸۶/۷ دچار مشکل سلامتی، ۸۸/۹ درصد علائم جسمانی، ۸۰ درصد اضطراب و ۵۴/۴ درصد در روابط بین فردی مشکل داشتند. لذا با توجه به مشکلات خاص این گروه، توجه به ابعاد سلامت جسمانی و روانی آنها از اولویت‌های تحقیقی می‌باشد.

زنان در خانواده نقش تضمین‌کننده سلامت روان خانواده و جامعه را بر عهده دارند. در خانواده جانبازان زنان نقش مهمی را ایفا می‌کنند. بنابراین توجه ویژه به افزایش سازگاری روانشناختی و توانمندسازی همسران جانبازان، موجب هدایت کل خانواده به سمت سلامت روان می‌گردد و این ضرورت توجه بیشتر به این حوزه را مشخص می‌کند. عواملی که سبب سازگاری بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی گردند، از بنیادترین سازه‌های پژوهشی هستند. در این میان تاب‌آوری^۱ جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحولی، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است. تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ایی، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی، که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی جلوگیری به عمل می‌آورد و بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا را به حداقل می‌رساند (پینکوارت^۲، ۲۰۰۸). تاب‌آوری به‌عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصایب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی

1- Resilience

2- Pinquart

آنها تعریف شده است (کیکته و گرامزی^۱، ۱۹۹۳). به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر^۲، ۲۰۰۰). البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است (کونر و دیویدسون^۳، ۲۰۰۳). پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (کیکته و گرامزی، ۱۹۹۳). هجمدال و همکاران^۴ (۲۰۱۱) نشان دادند افرادی که بالاترین نمرات را در تاب‌آوری گرفتند، دارای پایین‌ترین سطح از علائم افسردگی، اضطراب و وسواس بودند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تاب‌آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر به حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی دارد (سادوم و همکاران^۵، ۲۰۱۴؛ لی و همکاران^۶، ۲۰۱۳). پژوهش هوگ، استین و پولاک^۷ (۲۰۰۷) نشان داد که سطوح تاب‌آوری بالا با اشتهگی هیجانی کمتر در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا ارتباط دارد. میلانت و همکاران^۸ (۲۰۰۲) نیز در نشان دادند، از جمله عواملی که به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور زندگی کمک کرده و او را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه می‌دارد تاب‌آوری است. علاوه بر این، این ظرفیت می‌تواند در طول زمان تغییر کند و ممکن است در صورت وجود عوامل حمایتی در فرد یا محیط، افزایش پیدا کند (هارتر^۹، ۲۰۰۰). همچنین چنین ذکر شده است که تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین نموده و ارتقا دهد (تول و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۳). در مطالعه‌ای که توسط لی و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۳) انجام گرفت نیز نتایج نشان داد که فرایند تاب‌آوری در طول زمان تغییر کرده و می‌تواند به سلامت روانی افراد بعد از تجارب دردناک و نامطلوب، کمک بسیاری کند.

یافته‌های مربوط به مشکلات روان‌شناختی جانبازان نشان می‌دهد که جانبازان از

1- Cicchetti & Gramzy

3- Conner & Davidson

5- Sudom & et al.,

7- Hoge, Austin & Pollack

9- Harter

11- Lee & et al.,

2- Waller

4- Hjemdal

6- Lee & et al.,

8- Mylant & et al.,

10- Tol & et al.,

کشمکش‌های بین فردی رنج می‌برند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۱؛ وفایی و صیدی، ۱۳۸۲). خاقانی‌زاده و سیرتی‌نیا (۱۳۸۳) نیز نشان دادند که فقدان سازش و همفکری همسر و فرزندان و روابط میان فردی در خانواده از عوامل اصلی تشدیدکننده مشکلات روانشناختی جانبازان است و می‌تواند به روابط جانباز با همسر خود آسیب بزند. مشکلات جسمانی و روانی در خانواده، سازگاری نظام خانواده را متأثر ساخته و کنش‌های جدیدی را مطرح می‌کند که رضایت زناشویی^۱ را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سلیمی و همکاران، ۱۳۸۷). رضایت‌مندی زناشویی وضعیتی است که در آن فرد از ارتباط با همسر خویش لذت می‌برد. همچنین رضایت‌مندی زناشویی را می‌توان بالا بردن میزان تعاملات مثبت و روابط کلامی بین همسران تعریف کرد. یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر تعاملات مثبت و رضایت زناشویی در زندگی مشترک جانبازان توانایی سازگاری زوجان (تاب‌آوری) با موقعیت فعلی‌شان و حل تعارضات است که مطالعات متعددی حاکی از وجود رابطه بین میزان تاب‌آوری فرد با میزان سازگاری وی با موقعیت‌های آسیب‌زا می‌باشد که همین امر می‌تواند دلیل موجهی برای ارتقاء میزان تاب‌آوری از طریق درمان‌های روانشناختی باشد (محمدزاده، ۱۳۹۲). رضایت زناشویی یکی از عوامل مهم در کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در تحقیقات مربوط به ابعاد سلامتی مورد توجه قرار گرفته‌اند (گیاکو و همکاران^۲، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون و همکاران^۳، ۲۰۰۸). PTSD منجر به مشکلاتی در روابط فردی و خانوادگی افراد مبتلا می‌شود (ری و ونستون^۴، ۲۰۰۹). مواجهه با جنگ، ارتش خارجی، تجربه خشونت و آسیب‌ها و ناتوانایی‌هایی که برای افراد به‌وجود می‌آید، عملکرد آنها را در خانواده به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. همسران این افراد، ناراحتی‌های روانشناختی زیادی را در خانواده گزارش می‌کنند. تعداد زیادی از مطالعات نشان داده‌اند که ریسک ابتلا به اختلالات روانشناختی و زناشویی در همسران سربازان مبتلا به PTSD بسیار زیاد است (رنشاو و همکاران^۵، ۲۰۱۰). رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد، به سبک‌های مقابله‌ای آنها در مواجهه با رویدادهای تروماتیک بستگی دارد (ایدی و بوکر^۶، ۲۰۱۲؛ دهقانی

1- marital satisfaction

3- Richardson & et al.,

5- Renshow & et al.,

2- Giacco & et al.,

4- Ray & Vanstone

6- Eadie & Bowker

و کجبا، ۱۳۹۲). شیوه‌های ناسازگارانه مقابله با استرس در افرادی با اختلالات روانی بسیار به کار گرفته می‌شود و تهدید جدی برای سلامت آنها محسوب می‌شود (سیسر و همکاران^۱، ۲۰۱۰). تکنیک‌های حل مساله می‌تواند به بیماران در حل تعارضات شخصی، مشکلات جسمی و روانشناختی و مسائل اجتماعی کمک شایانی کند (دلونگی و هلتمان^۲، ۲۰۰۵). بنابراین توجه به نیازهای همسران سربازان مبتلا به PTSD یا جانباز ضروری به نظر می‌رسد. خانواده‌های سربازان باید برای حوادث غیرقابل پیش‌بینی و مقابله با آسیب‌های وارده آموزش داده شوند. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان و آموزش می‌تواند رضایت زناشویی و کیفیت زندگی را افزایش دهد، اما تحقیقات کمی به بررسی آموزش همسران پرداخته‌اند (ری، ۲۰۰۸). از درمان‌های جدیدی که به آموزش و درمان در خانواده پیشنهاد می‌شوند، درمان‌های موج سوم است.

درمان‌های موج سوم با تأکید بر تغییر بافت، به درمان و آموزش‌های لازم در افراد به منظور دستیابی به زندگی غنی، معنادار و کامل می‌پردازند. یکی از انواع درمان‌های موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ است (هایز و استروسال^۴، ۲۰۱۰). در این نوع درمان تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی است (رودیتی و رایبیز^۵، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز (فورمان و هربرت^۶، ۲۰۰۸). در این درمان به فرد کمک می‌شود تا پذیرش روانی‌اش در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد (کانتر، برانچ و گاینور^۷، ۲۰۰۶)، دست از بازدارنده فکر بردارد، با افکار مزاحم آمیخته نشود و هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (هایز و همکاران^۱،

1- Sesar & et al.,
3- Acceptance and Commitment Therapy
5- Roditi & Robinson
7- Kanter, Baruch & Gaynor

2- DeLongis A, Holtzman
4- Hayes & Strosahl
6- Forman & Herbert
8- Hayes & et al

۱۹۹۶) و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (کانتر و همکاران، ۲۰۰۶) و به جای تلاش برای کاهش تعارضات و کار بر روی عناصر تعارضی، بر ایجاد سازگاری و یا به‌جای آموزش شیوه‌های سازش با جنبه‌های طاقت‌فرسا، بر روی کشف ارزش‌های فرد، تمرکز می‌شود (مک کراکن^۲، ۱۹۹۸)؛ همچنین به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. هافمن و اسموندسون^۲ (۲۰۰۸) معتقدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را تشویق می‌کند تا با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابد و مجذوب آنها گردد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از 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 (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسند و ششم عمل متعهدانه به آن ارزش‌ها داشته باشد (ولیز و همکاران^۳، ۲۰۰۳). به‌طور کلی، طبق توصیفات ذکر شده ACT یک رویکرد درمانی است که از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار (آنچه خارج از کنترل شخص است را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد متعهد باش) به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند. تا به حال اثربخشی درمان ACT بر متغیرهای زیادی مورد بررسی قرار گرفته است، و اکثریت آنها موید اثربخشی این درمان بوده‌اند. در این خصوص پژوهشی دال بر عدم اثربخشی این درمان یافت نشد. تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و شادی در دانشجویان (بهبودی کاتبی، ۲۰۱۵)، تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت (محمدی خشویی و همکاران، ۲۰۱۶)، افزایش رضایت زناشویی و صمیمیت و بخشش در زنان خیانت‌دیده (هنرپراران، ۱۳۹۳)، شیوه‌های فرزندپروری مادران (حمیدی و دهقانی، ۱۳۹۵)، رضایت زناشویی همسران (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴)؛

1- McCracken
3- Vallis & et al.,

2- Hofmann & Asmundson

انوری و نشاطدوست، ۱۳۹۰؛ امان الهی و همکاران، ۱۳۹۳). کاهش تعارضات زناشویی در زوجان شاغل (کاشفی و هنرپروران، ۲۰۱۵)، افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل (کیوان پور و لطفی کاشانی، ۲۰۱۴)، کاهش اشفتگی‌های خانوادگی در خانواده‌های متعارض (پترسون و همکاران^۱، ۲۰۰۹؛ باروچ، کانکر و باروچ^۲، ۲۰۱۲) مشاهده شده است.

با توجه به این که همسران جانبازان در طی زندگی مشترک و مراقبت‌های مکرر از همسران بیمار خود پس از مدتی دچار مشکلات و اختلال‌های عدیده‌ای می‌شوند؛ لذا توجه به بهداشت روانی آنها و ایجاد زمینه‌هایی جهت ارائه مداخله‌های آموزشی روانشناختی به این قشر ایثارگر می‌تواند در تأمین و تقویت حمایت‌های خانوادگی، افزایش تاب‌آوری و رضایت زناشویی نقش به‌سزایی داشته باشد و با توجه به اینکه تاکنون اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان مورد بررسی قرار نگرفته است، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان طرح‌ریزی شد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و دارای طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود که طی آن تأثیر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و رضایت زناشویی) در همسران جانبازان مرد شهرستان نجف‌آباد بررسی شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه همسران جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان نجف‌آباد در سال ۱۳۹۴ بود. تعداد ۳۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند (ملاک‌های ورود شامل، حداکثر سن ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، دارای فرزند و صاحب منزل شخصی؛ و ملاک‌های خروج شامل دو جلسه غیبت متوالی یا غیرمتوالی، ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج، عدم همکاری و تمایل به شرکت در پژوهش). افراد نمونه به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

1- Peterson & et al.,

2- Baruch, Kanker, Baruch

اجرا گردید. در طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند، اما به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش بعد از اتمام پژوهش برای آنها دو جلسه شیوه‌های ارتباط مؤثر برگزار گردید. شایان ذکر است با احتساب ریزش و ملاک‌های خروج از پژوهش در نهایت تعداد نمونه به دو گروه ۱۰ نفری تقلیل یافت.

ابزار گردآوری

در این پژوهش از دو پرسشنامه به‌شرح زیر استفاده گردید:

الف) پرسشنامه رضایت زناشویی اسلامی: این آزمون توسط جدیری و جان بزرگی (۱۳۸۸) طراحی شده است. اعتبارسنجی پرسشنامه رضایت‌مندی زناشویی اسلامی از طریق ضریب همسانی درونی (۹۵٪) و ضریب اسپیرمن براون (۹۸٪) و دو نیمسازگی گاتمن سنجیده شد. روایی پرسشنامه از طریق همبستگی اسپیرمن (۸۴٪) (روایی محتوایی) و ضریب همبستگی پیرسون (۹۰٪) (روایی وابسته به ملاک از نوع هم‌زمان) محاسبه شد. هر یک از پرسش‌ها براساس مقیاس لیکرت (۴-۰) نمره‌گذاری شده و حداکثر نمره آزمودنی ۲۰۰ خواهد بود که نمره بالا در این پرسشنامه نشانه رضایت‌مندی زناشویی بیشتر است.

ب) پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون^۱ (CD-RISC): این پرسشنامه توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه شد. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت است که براساس یک مقیاس لیکرت (۴-۰) نمره‌گذاری می‌شود، حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۰۰ است و نمره آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش‌های به‌دست آمده از هر یک از سؤالات است و میزان تاب‌آوری هر پاسخ‌گو برابر با نمره خام (نمره به‌دست آمده) تقسیم بر ۱۰۰، ضرب در ۱۰۰ است. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی برابر ۸۹٪ بود و روایی به‌شیوه تحلیل عاملی برابر با ۸۷٪ بود (جوکار، ۱۳۸۶).

1- Konor & Davidson

شیوه اجرا

پس از اینکه آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند، در هر دو گروه پیش‌آزمون پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون و پرسشنامه رضایت زناشویی اسلامی اجرا شد سپس گروه آزمایش به صورت گروهی و طی ۱۰ جلسه درمان به مدت ۹۰ دقیقه به صورت هفته‌ای دو جلسه تحت درمان با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. گروه گواه در این دوره ۱/۵ ماهه تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفتند. پس از پایان جلسه هم گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون و پرسشنامه رضایت زناشویی اسلامی پاسخ دادند.

لازم به ذکر است که پروتکل درمانی که برای این پژوهش در نظر گرفته شد بر مبنای شش ضلعی انعطاف‌پذیری روانشناختی که در کتب و منابع مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجود می‌باشد، اتخاذ شده است.

جدول (۱) خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	توضیحات
جلسه اول	معرفی اعضا و قواعد گروه - مفهوم‌سازی متغیرهای پژوهش و نوع درمان - اجرای پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش
جلسه دوم	معرفی ذهن و زبان از نگاه اکت - معرفی محصولات ذهنی و ارائه تکلیف ثبت تجربه روزانه محصولات ذهن
جلسه سوم	با ارائه استعاره چاله و بیلچه به معرفی دقیق‌تر ذهن و محصولات ذهنی و راهبردهای کنترل و اجتناب اعضا پرداخته شد و ارائه تکلیف به جهت مشخص شدن چاله‌ها و بیلچه
جلسه چهارم	جلسه درماندگی خلاق و بررسی چاله‌ها و بیلچه‌ها و راهبردهای کنترل و بررسی و ارزش‌گذاری رفتارهای کنترل و اجتناب و ارائه جدول بررسی پیامدهای راهبردهای کنترل
جلسه پنجم	جلسه کنترل مسأله است نه راه‌حل، آموزش قوانین دنیای بیرون و دنیای درون و با ارائه استعاره دستگاه پلی‌گراف مسأله بودن کنترل آموزش داده شد.
جلسه ششم	جلسه پذیرش یا تمایل با کمک از استعاره مهمان و صاحب خانه (میزبان) - آموزش رنج پاک و رنج ناپاک و ارائه جدول ثبت رنج پاک و رنج ناپاک
جلسه هفتم	تصریح ارزش‌ها و هدف‌گذاری با کمک گرفتن از استعاره اتوبوس و ارائه جدول ارزش‌ها به اعضا و کمک به اعضا جهت تشخیص ارزش‌ها و هدف‌گذاری در جاده ارزش‌های خود در حضور پژوهشگر و اعضا
جلسه هشتم	گسلش - آموزش اعضا با استفاده از استعاره اتوبوس در ارتباط با مفاهیم آمیختگی و گسلش - ارائه تمرین

و تکلیف به اعضا در جهت عدم آمیختگی با محصولات ذهنی خود و رسیدگی به اهداف و ارزش‌ها به وسیله گسلش داشتن از ذهن

جلسه نهم خود به‌عنوان زمینه با استفاده از استعاره صفحه شطرنج - شناساندن خود مفهوم‌سازی شده برخیز اعضا به خودشان و معرفی انواع خود و آموزش اینکه چگونه می‌توان با استفاده از ارزش‌ها و هدف‌گذاری و گسلش به‌خود به‌عنوان زمینه رسید

جلسه دهم (جمع‌بندی و پیشگیری از عود) به جهت جلوگیری از بازگشت اعضا به اعمال بیهوده شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روانشناختی و شش‌ضلعی آسیب‌شناسی روانی از نگاه اکت به اعضا آموزش و ارائه شد و در پایان جلسه پس از آزمون به‌صورت هم‌زمان با گروه کنترل اجرا شد.

اقتباس از هیز و استروسال (۲۰۱۰)

محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS₂₀ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار ارائه شد و در سطح استنباطی نیز در راستای فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج

در بررسی اطلاعات دموگرافیک، ۵۰٪ از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۵ سال و کمتر و ۵۰٪ بیشتر از ۴۵ سال و ۶۰٪ از گروه کنترل ۴۵ سال و کمتر و ۴۰٪ بیشتر از ۴۵ سال سن داشتند. تحصیلات ۶۰٪ از گروه آزمایش، دیپلم و کمتر از آن، ۱۰٪ فوق دیپلم و ۳۰٪ لیسانس و تحصیلات ۶۰٪ از گروه کنترل، دیپلم و کمتر از آن، ۱۰٪ فوق دیپلم و ۳۰٪ لیسانس بود.

در جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مربوط به تاب‌آوری و رضایت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش ارائه شده است.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری و رضایت زناشویی در مراحل پژوهش

کنترل		آزمایش		شاخص‌های آماری متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۵/۴۸	۴۶/۹۰	۱۳/۲۸	۵۰/۲۰	پیش‌آزمون
۱۵/۲۶	۴۶/۳۰	۱۸/۳۵	۷۳/۱۰	پس‌آزمون
۲۰/۲۹	۱۲۶/۳۰	۲۲/۵۴	۱۲۸/۳۰	پیش‌آزمون
۱۸/۲۰	۱۲۱/۲۰	۲۱/۷۱	۱۴۵/۹۰	پس‌آزمون

در جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های تاب‌آوری و رضایت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت چندانی وجود ندارد، ولی در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره‌های دو گروه اختلاف زیادی به وجود آمده است. به منظور حذف تأثیر پیش‌آزمون و آزمون معناداری تفاوت بین میانگین‌های دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید. در ادامه پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار می‌گیرند.

جدول (۳) نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف نمرات تاب‌آوری و رضایت زناشویی

متغیرها	گروه	آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	آزمایش	۰/۲۳۷	۱۰	۰/۱۱۷
	کنترل	۰/۱۵۸	۱۰	۰/۲۰۰
رضایت زناشویی	آزمایش	۰/۱۹۳	۱۰	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۵۲	۱۰	۰/۲۰۰

نتایج جدول (۳) حاکی از نرمالیتی داده‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش است.

جدول (۴) نتایج آزمون لون برای نمرات تاب‌آوری و رضایت زناشویی

متغیرها	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	۷/۳۶۶	۱	۱۸	۰/۱۱
رضایت زناشویی	۳/۶۰۳	۱	۱۸	۰/۰۷۴

نتایج جدول (۴) بیانگر یکسانی واریانس‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش در دو متغیر تاب‌آوری و رضایت زناشویی است.

جدول (۵) آزمون ام باکس: فرض یکسانی ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته

ام باکس	F	Df 1	Df 2	سطح معناداری
۱/۳۶۱	۰/۳۹۹	۳	۵/۸۳۲	۰/۷۵

جدول (۶) آزمون بارتلت: فرض یکسانی ماتریس کواریانس باقیمانده متغیرهای وابسته

میزان احتمالی	کی دو	Df	سطح معناداری
۰/۹۰۹	۰/۱۴۳	۲	۰/۹۳۱

همان‌طور که در جدول ۵ و ۶ مشاهده می‌شود، مقدار P بزرگ‌تر از $0/05$ می‌باشد، بنابراین مفروضه همسانی همبستگی بین متغیرهای وابسته برقرار می‌باشد.

جدول (۷) نتایج آزمون پیش فرض همگنی اثرات تعاملی متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
تاب‌آوری	۴۳۸۰/۸۳۰	۲	۲۱۹۰/۴۱۵	۱/۹۱	۰/۴۱
رضایت زناشویی	۳۳۳۹/۸۵۴	۲	۱۶۶۹/۹۲۷	۱/۰۲	۰/۵۲

با توجه به عدم معنی‌داری تعامل گروه و پیش‌آزمون در متغیرهای تاب‌آوری و رضایت زناشویی ($p > 0/05$) پیش‌فرض همگنی اثرات تعاملی رعایت شده است.

جدول (۸) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری تاب‌آوری و رضایت زناشویی

نام آزمون	مقدار f	df فرضیه	df خطا	معنی‌داری	مجذورات	توان آماری
لامبدای ویلکز	۱۵/۷۱	۲	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۶۷۷	۰/۹۹۷

نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای تاب‌آوری و رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/000$) در ادامه نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری با کوریت پیش‌آزمون ارائه شده است.

جدول (۹) تحلیل کواریانس نمرات تاب‌آوری همسران جانبازان مرد در گروه‌های مورد مطالعه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
رضایت زناشویی	۲۷۷۲/۴۸۵	۱	۲۷۷۲/۴۸۵	۱۷/۱۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸	۰/۹۵۲
تاب‌آوری	۲۸۸۵/۲۳۱	۱	۲۸۸۵/۲۳۱	۱۴/۹۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴	۰/۹۶۴

نتایج جدول (۹) حاکی از تفاوت معنادار گروه‌های آزمایش و کنترل در هر دو متغیر تاب‌آوری و رضایت زناشویی است ($P < 0/001$). همان‌طور که مشاهده می‌شود $0/52$ تغییرات در متغیر رضایت زناشویی و $0/48$ تغییرات در متغیر تاب‌آوری مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد است. توان آماری نیز حاکی از کفایت حجم نمونه می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری همسران جانبازان مرد موثر بود و میزان اثر آن ۴۸٪ بود. این نتایج با یافته‌های نظری و همکاران (۱۳۹۳) عزیزی و حسین‌آبادی (۱۳۹۳)، لی و همکاران (۲۰۱۳)، سادوم و زامورسکی (۲۰۱۴)، بهبودی و کاتبی (۲۰۱۵) مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری هم راستا می‌باشد. البته نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری تأثیری ندارد. بر اساس مبانی نظری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) و به تبع آن اعمال کنترل نا مؤثر کاهش یابد (کانتر و همکاران، ۲۰۰۶). به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به‌طور کامل پذیرفت (ولیز و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین 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 می‌آموزد خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جدا سازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، می‌گردد (فورمان و هربرت، ۲۰۰۸). این تمرینات به فرد کمک می‌کند تا وی انطباق موفقیت‌آمیزی در مصائب و استرس‌های ناتوان ساز آشکار داشته باشد و در نتیجه تاب‌آوری افزایش می‌یابد. افرادی با تاب‌آوری بالا به دلایل مختلفی که در پیشینه نیز عنوان شد از جمله مقاومت در برابر تنش (پینکوارت، ۲۰۰۸)، غلبه بر مشکلات (کیکته و گرامزی^۱، ۱۹۹۳)، واکنش سازگارانه در مقابل شرایط ناگوار (والر، ۲۰۰۰) و توانمندی اجتماعی بالا (کانر و ودیویدسون، ۱۹۹۳) می‌توانند بر مسایل و مشکلات زندگی غلبه کرده و سلامت روان خود را حفظ نمایند و از این جهت رضایتمندی کافی از زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی خود داشته باشند. به‌طور

1- Cicchetti & Gramzy

کلی فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند فرد هیجانانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

همچنین نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت‌ناشویی همسران جانبازان بود. میزان اثربخشی درمان ۵۱ درصد نشان داده شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش حمیدی و دهقانی (۱۳۹۵)، هنرپروران (۱۳۹۳)، انوری و نشاط‌دوست (۱۳۹۰)، امان‌اللهی و همکاران (۱۳۹۳)، پیترسون و زتل (۲۰۰۹)، هافمن و اسموندسون^۱ (۲۰۰۸)، باروچ، کانکر و بوش^۲ (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. پژوهش ناهمسویی با یافته فوق مشاهده نشد. در تبیین این یافته‌ها باید گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تلاش برای مدیریت تعارضات و کار بر روی عناصر تعارضی، ایجاد سازگاری بین زوجین و یا آموزش شیوه‌های سازش با جنبه‌های طاقت فرسای زناشویی بر روی کشف ارزش‌های فرد به‌وسیله شناسایی این که چه چیز واقعاً مهم است و چگونه می‌توان با رفتار خویش از طریق ارزش‌های شخصی زندگی معناداری را برای خود و همسرش ایجاد نماید، تمرکز کرده و تمام تجربیات زندگی زوجان را برجسته نموده تا شیوه‌های بودن و زیستن مؤثرتر را کشف نمایند (مک کراکن، ۱۹۹۸). همان‌طور که زوجها شروع به بکارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر می‌شوند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده می‌شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه دو طرفه، این فرصت را برای زوجها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری را فراهم کنند (پیترسون و همکاران^۳، ۲۰۰۹). به عقیده هافمن و اسموندسون (۲۰۰۸) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوجان را تشویق می‌نماید که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آنها گردند. از دیدگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد اجتناب از تجارب، فرایند آسیب‌زایی را به‌وجود می‌آورد که در ایجاد و گسترش تعارضات زناشویی و خانوادگی شرکت می‌نماید. جورج و ایفرت^۴ (۲۰۰۴) نیز

1- Hafmann & Asmundson
3- Peterson & et al.,

2- Baruch, Kanker & Busch
4- Georg & Eifert

معتقدند که پذیرش، بحث‌های غیرمؤثر خانوادگی را به سمت بازگشایی در خلوص و تغییرات اساسی هدایت می‌نماید و فضایی را برای زوجین باز می‌نماید تا افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر بتواند فکر نمایند و احساس کنند. کارمودی و همکاران^۱ (۲۰۰۹) نیز در مورد اثر بخشی تمرینات ذهن آگاهی می‌نویسند این تمرینات کمک می‌نمایند تا فرد مستقیماً با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود خصوصاً در جلسات درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نا مطلوب را به‌جای کنترل و یا کشمکش با آنها تجربه نماید. فرد نه تنها تجربه کامل افکار و هیجانات را دارد، بلکه به همسر نیز اجازه می‌دهد تا چنین تجربه‌ای داشته باشد. در این پژوهش همسان با پژوهش‌های دیگر برای کسب این اهداف از راهبردهای پذیرش و تمرینات ذهن آگاهی، برای تضعیف اجتناب از تجارب و کار بر روی ارزش‌ها استفاده گردید. کارسون، باکوم و گیل (۲۰۱۱) در پژوهشی در مورد تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان خیانت دیده، افزایش رضایتمندی در ارتباطات با همسر، توازن و هماهنگی نزدیک، پذیرش طرف مقابل، ایجاد فلسفه خوش‌بینی، معنویت و آرامش در همسران را ناشی از تمرینات ذهن آگاهی گزارش دادند. باروچ و کانکرو باروچ (۲۰۱۲) معتقدند که مداخلات ذهن آگاهانه، پذیرش و گسیختگی شناختی در درمان ACT به‌طور معناداری موجب افزایش پاسخ‌های جنسی در جنبه‌های مختلف آن و کاهش آشفتگی‌های جنسی در زنان می‌گردد. حمیدی و دهقانی (۱۳۹۵) نیز به اثربخشی درمان بر افزایش مهارت‌های فرزندپروری اشاره کرده‌اند. از سوی دیگر می‌توان بهبود رضایت زناشویی را نتیجه افزایش تاب‌آوری این گروه دانست. فریبورگ و همکاران^۲ (۲۰۰۶) در پژوهش خود با عنوان نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در ارتباط با ترس و اضطراب نشان دادند که تاب‌آوری با ابعاد مختلف سلامت و رضایت از زندگی، رابطه مثبت معنی‌دار دارد. یافته‌های پژوهش لازاروس^۳ (۲۰۰۴) نیز نشان داد که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و یا افسردگی همراه است. نخستین اثر ارتقای توانمندی‌های فرد در زمینه تاب‌آوری کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش میزان سلامت روانی و در نتیجه افزایش میزان

1- Carmody, Baer, Lykins & Olendzki
3- Lazarus

2- Friborg & et al.,

رضایتمندی فرد از زندگی خواهد بود. پژوهش‌های استرازدین و بروم^۱ (۲۰۰۸) و بتانکورت و کان^۲ (۲۰۰۸) نیز بیان‌کننده این نکته است که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط تنش‌زا و موقعیت ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌نمایند. به‌طور کلی زندگی با همسری با مشکلات ناشی از جنگ می‌تواند بر کیفیت زندگی زوجین تاثیر منفی داشته باشد و آسیب‌های زیادی بر روح و روان آنها بر جای گذارد. به‌نظر می‌رسد با کمک مداخلاتی از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان ضمن التیام این آسیب‌ها، کیفیت زندگی زوجان را در حد قابل قبولی اصلاح نمود. زنان شرکت‌کننده در این پژوهش با کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموختند معنای رضایت از زندگی به‌دست آوردن هر آنچه که می‌خواهیم نیست، بلکه به معنای رضایت از تجارب، پذیرش آنان و مواجهه با موقعیت‌های هیجانی منفی است.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود که در تعمیم نتایج باید در نظر قرار گیرد. آزمودنی‌ها همگی از میان کسانی انتخاب شده‌اند که داوطلب بوده‌اند و صرفاً در میان همسران جانبازان مرد شهرستان نجف آباد انجام شد، لذا در تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر نمونه‌های مشابه و غیرمشابه باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از آنجاکه فرزندان این خانواده‌ها، شاهد کشمکش‌ها و ناآرامی‌های بسیاری هستند پیشنهاد می‌شود جلسات روان‌درمانی مناسب برای آموزش فرزندان این خانواده‌ها در اولویت قرار گرفته و نتایج آن به بحث گذارده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تعداد جلسات روان‌درمانی بیشتر و برای زوجین برگزار گردد و مردان نیز در جلسات شرکت کنند، چون آموزش جامع‌تری ارائه می‌شود و هم تکرار، تمرین، ماندگاری تأثیر و تغییر را بیشتر می‌کند. هم چنین پیشنهاد می‌شود تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش با سایر رویکردها مورد مقایسه قرار گیرد و جنبه‌های تأثیرگذاری این درمان نسبت به دیگر رویکردها مشخص گردد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۱۵

1- Strazdin & Broom

2- Betancourt & Khan

منابع

- ابراهیمی، امراله؛ بوالهر، جعفر و فضیله ذوالفقاری (۱۳۸۱). بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاع، مجله اندیشه و رفتار، ۸(۲)، ۴۸-۴۲.
- امان‌الهی، عباس؛ حیدریان فرد، نرگس؛ خجسته‌مهر، رضا و مهدی ایمانی (۱۳۹۳). اثربخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوجها، دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۴(۱)، ۱۳۰-۱۱۹.
- انوری، محمدحسن و حمیدطاهر نشاط‌دوست (۱۳۹۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر شاخص‌های درد، استرس، اضطراب، افسردگی، فاجعه‌پنداری و رضایتمندی از زندگی در بیماران مرد مبتلا به درد مزمن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه اصفهان.
- بحرینیان، سیدعبدالمجید و حسین برهانی (۱۳۸۲). بررسی بهداشت روان در یک جمعیت از جانبازان اعصاب و روان و همسران آنان در استان قم، مجله پژوهش در پزشکی، ۲۷(۴)، ۳۱۲-۳۰۵.
- دهقانی، اکرم و محمدباقر کجیاف (۱۳۹۲). رابطه سخت‌رویی با سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرستی، ۸(۳)، ۱۱۲-۱۱۸.
- حمیدی، پروین و اکرم دهقانی (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و فرزندپروری زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی، اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی.
- جدیری، جعفر و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۸۸). اعتبار یابی مقیاس رضامندی زناشویی اسلامی، مجله روان‌شناسی و دین، ۲(۴)، ۷۰-۴۱.
- جوکار، بهرام (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی، روانشناسی معاصر، ۲(۲)، ۳-۱۲.
- خاقانی‌زاده، مرتضی و مسعود سیرتی‌نیر (۱۳۸۳). تأثیر عوامل فردی خانوادگی اجتماعی و اقتصادی در تشدید علایم روان پزشکی جانبازان اعصاب و روان، مجله طب نظامی، ۱۶(۱)، ۳۷-۳۱.
- عزیزی، مریم؛ حسین‌آبادی، حسین؛ مهرا، بهروز و مرتضی سعیدی (۱۳۹۳). مقایسه اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی بین فردی بر بهبود نشانه‌های سلامت روان، تاب‌آوری و درد در افراد مبتلا به سر درد مزمن، پایان‌نامه کارشناسی رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

قهاری، شهربانو؛ مهیار، امیرهوشنگ و بهروز بیرشک (۱۳۸۲). بررسی مقایسه‌ای برخی اختلالات روانی در کودکان ۷ تا ۱۲ سال شاهد، محروم از پدر، جانباز و عادی شهرستان چالوس، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳(۲۱)، ۸۱-۹۱.

محمدزاده، رضا (۱۳۹۲). اثربخشی سایکودرام در تاب‌آوری و افکار خودکشی سربازان دارای گرایش خودکشی یکی از ارگان‌های نظامی اصفهان در سال ۱۳۹۲، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد نجف‌آباد.

مهدی عراقی، مریم (۱۳۸۲) نقش مشاوره در خانواده‌های جانبازان، اولین همایش علمی جانباز و خانواده، ۱۴۱-۱۵۲.

موسوی، مریم‌السادات؛ رشیدی، علیرضا و محسن گل‌محمدیان (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده، فصلنامه مشاوره کاربردی، ۵(۲) ۹۷-۱۱۲.

نظری، علی محمد؛ محسن‌زاده، فرشاد و طاهره سعیدی‌فر (۱۳۹۳). اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و اضطراب مادران دارای کودکان اختلال یادگیری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم تربیت معلم، تهران.

وفایی، باقر و علی صیدی (۱۳۸۲). بررسی میزان شیوع و شدت افسردگی در ۱۰۰ نفر از جانبازان ۳۰ ای ۷۰ درصد شیمیایی و غیرشیمیایی جنگ تحمیلی در تبریز، مجله طب نظامی، ۵(۲)، ۱۱۰-۱۰۵.

هنرپروران، نازنین؛ میرزایی‌کیا، حسن؛ نبیری، احمد و مریم لطفی (۱۳۹۳). راهنمای عملی درمانگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشهد: امید مهر، چاپ اول.

Baruch, D., Kanker, J. & Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships, *Journal of Clinical Case Studies*, 8 (3): 241-257.

Behboodi, M., & Katebi, A. (2015). Investigation the Correlation between the Acceptance and Commitment with Resilience and Happiness in Students, *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, Vol. 5 (S2), 2110-2114

Carmody, J., Baer, R.A., Lykins, E. & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program, *J Clin Psychol*; 65(6):613- 26.

Carson, J., Baucom, D. & Gil, K. (2011). Mindfulness and acceptance –based relationship enhancement, *Journal of Behavior Therapy*, 39: 471-494.

- Cicchetti D, Gramzy N. (1993). Milestone in the development of resilience, *Dev Psychology*, 5: 497-774.-
- Conner, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depress Anxiety*; 18: 76-82.
- DeLongis, A. & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping, *J pers*; 73(6): 1633-56, doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x, PMID: 16274448.
- Eadie, T.L. & Bowker, B.C. (2012). Coping and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 146(6): 959-65. doi: 10.1177/0194599812437315, PMID: 22307574, PMCID: PMC3360982.
- Forman, E.M. & Herbert, D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. *Hoboken, NJ: Wiley*, 263-26.
- Friborg, O., Hjmedal, O., Rosenvinge, O. H., martinusen, M., & Aslaksen, M. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress, *J Psychosom Res*; 61: 213-19.
- Georg, L.A. & Eifert, G.H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Cogn Behav Pract*; 11(3):305-314.
- Giacco, D., Matanov, A. & Priebe, S. (2013). Symptoms and subjective quality of life in post-traumatic stress disorder: a longitudinal study.
- Hafmann, S. & Asmundson, G. (2008). Acceptance and mind fullness-based, Therapy: New wave or old hat, Available online at www.science direct.
- Harris, R. (2009). *ACT with love*, Oakland, New Horbinger publication.
- Harter, S. L. (2000). Psychological adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature, *Clin Psychol Rev*; 20: 311-37.
- Hayes, S. & Lillis, S. (2012). Acceptance and commitment therapy, *American psychological association publication*.
- Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (2010). A practical guide to acceptance and commitment therapy, New York: Springer, *Science and Business Media Inc*.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorder: A A functional dimensional approach to diagnosis and treatment, *J consult Clin Psychol*: 64(6): 1152-68.

- Hjemdal, O., Vogel, P.A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T.C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents, *Clin Psychol Psychother* 18(4):314-21.
- Hoge, E.A., Austin, E.D. & Pollack, M.H. (2007) Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder, *Depression and Anxiety*, 24:139-152.
- Lazarus, A. (2004). Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. Available from: URL: www.Marila.Emory.edu/faculty/lazarus.htm.
- Lee, J.E., Sudom, K.A. & Zamorski, M.A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment, *J Occup Health Psychol*: 18(3) 327-37.
- Kanter, J.W., Baruch, D.E. & Gaynor, S.T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression; description and comparison, *Behave Anal*, 29(2):161-185.
- Mohammadi Khashouei, M., Ghorbani, M. & Tabatabaei, F. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Efficacy, Perceived Stress and Resiliency in Type II Diabetes Patients, *Global Journal of Health Science*; 9(5), online.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in patient with chronic pain, *J Pain*; (74): 21-27.
- Mylant, M., Tde, B., Cuaves, E. & Meehan, M. (2002). Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilience? *J Am Psychiatry*; 8: 57-64.
- Paragament, K.I., Smith, B.W., Koining, H.G. & Perezal, L. (1999). Positive and Negative Religious coping with Major life stressors, *JSSR*; 3(7):710-724.
- 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, *Cogn Behav Pract*, 16(4): 430-442.
- Pinquart, M. (2008). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress, *J Appl Dev Psychol*, 30(1): 53-60.
- Ray, S.L. & Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *Int J Nurs Stud*; 46(6): 838-47. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.002, PMID: 19201406

- Renshaw, K.D., & Rodebaugh, T.L. (2010). Rodrigues CS. Psychological and marital distress in spouses of Vietnam veterans: Importance of spouses' perceptions. *J anxiety disord*; 24(7): 743-50.
- doi:10.1016/j.janxdis.2010.05.007, PMID: 20541905.
- Richardson, J.D., Long, M.E., Pedlar, D., & Elhai, J.D. (2008). Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life among a sample of treatment-and pension-seeking deployed Canadian Forces peacekeeping veterans, *Can J Psychiatry*; 53(9): 594-600. PMID: 18801222
- Roditi, D., & Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patient with chronic pain, *Psychol Res Behav Manage*, 4: 41-9.
- Rutter, M. (1999). Psychological resilience and protective mechanisms, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3): 316-31.
- Sesar, K., Šimić, N., & Barišić, M. (2010). Multi-type childhood abuse, strategies of coping, and psychological adaptations in young adults. *Croat Med J.*; 51(5): 406-16. doi: 10.3325/cmj.2010.51.406, PMID: 20960590, PMCID: PMC2969135.
- Sudom, K.A., Lee, J.E., & Zamorski, M.A. (2014). A longitudinal pilot study of resilience in Canadian military personnel, *Stress Health*, 30(5): 377-85.
- Tol, W.A., Song, S. & Jordans, M.J. (2013). Annual research review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict—a systematic review of findings in low-and middle income countries, *J Child Psychol Psychiatry*; 54(4): 445-60.
- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H.R.N., Zinman, B., Rossi, S. R.N., Edwards, L., Rossi, J.S., & Prochaska, J.O. (2003). Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes Relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors, *Diabetes Care*: 26(5):1624-5.
- Waller, M.A. (2000). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child, *Am J Orthopsychiatry*, 71(3): 290-7.