

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on women's marital disaffection and marital quality

A. Nazri¹, H. Falah Zade^{2*} & N. Nazarboland³

Received: 24 August 2017; Received in revised form 12 December 2017;
Accepted 13 December 2017

Abstract

Aim: The purpose of this study was to examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reducing marital disaffection and increasing marital quality in women. **Methods:** This study was quasi - experimental with a pre-posttest, control and follow up design. Statistical population consisted of 2146 mothers of male students of three high schools in Central and Kelishad region of Felavarjan province in Iran during the 2015-16 academic year. 30 mothers were selected, and randomly assigned to an experimental and a control group (selection was based on participants availability and informed consent). Participants completed the Marital Disaffection Scale (Kaiser, 1993) and the Marital Quality Scale (Busby, Crane, Larsen & Christensen, 2008). The experimental group participated in 10 weekly, 90 minutes sessions of ACT (Hayes, 1986). Both groups completed the questionnaires at pre and post- test, and two months following the termination of therapy. Data was analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). **Result:** Results showed that Acceptance and Commitment group therapy significantly decreased marital disaffection ($F=15.881, P=0.001$) and increased marital quality ($F=8.594, P=0.001$) of women in the experimental group comparing to the control group and these results were persistent at follow up. **Conclusion:** ACT can be considered as an effective intervention approach whereby applying metaphors, emotional regulation techniques and value-based commitment, can decrease marital frustration and increase marital quality in married women.

Key words: *acceptance, commitment, disaffection, marital quality*

-
1. M.A. in Conseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
 - 2*.Corresponding author, Assistant professor, Department of Clinical and Health Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran,
Email: H_falahzade@sbu.ac.ir
 3. Assistant Professor, Department of Educational and Developmental Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی و کیفیت زناشویی زن‌ها

امین نظری^۱، هاجر فلاح‌زاده^{۲*} و ندا نظربلند^۳

دریافت مقاله: ۹۶/۰۶/۰۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۶/۰۹/۲۱؛ پذیرش مقاله: ۹۶/۰۹/۲۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سرخوردگی زناشویی و افزایش کیفیت زناشویی زن‌ها بود. روش: روش پژوهش شبه‌تجربی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری شامل ۲۱۴۶ نفر از مادران دانش‌آموزان پسر در سه مدرسه دوره متوسطه دوم بخش مرکزی و بخش کلیشاد شهرستان فلاورجان به نام‌های دبیرستان بهنام رحمانی، امام خمینی و شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ مادر انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. پرسشنامه‌های سرخوردگی زناشویی کایزر (۱۹۹۳)، کیفیت زناشویی باسبی، کران، لارسن و کریستینسن، (۲۰۰۸) توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل و سپس درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۱۹۸۶) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار به گروه آزمایش ارائه و نتایج با استفاده از طرح تحلیل کواریانس چندگانه تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج بیانگر آن بود که میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مؤلفه سرخوردگی زناشویی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش ($P=0/001, F=15/881$) و در مؤلفه کیفیت زناشویی، افزایش یافته است ($P=0/001, F=8/594$). نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را روش مؤثری تلقی کرد که با کاربرد استعاره‌ها، فنون تنظیم هیجان و اعمال متعهدانه مبتنی بر ارزش‌ها، منجر به کاهش سرخوردگی زناشویی و افزایش کیفیت زناشویی زن‌های متأهل می‌شود.

کلید واژه‌ها: پذیرش، تعهد، سرخوردگی، کیفیت زناشویی

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: H_falazade@sbu.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی و تحولی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

خانواده مناسب‌ترین جایگاه برای تأمین نیازهای انسان و بهترین بستر برای تأمین امنیت و آرامش روانی است. مهم‌ترین عامل تحکیم و ثبات یا تزلزل و فروپاشی خانواده، چگونگی رابطه‌ها و داد و ستدهای عاطفی میان اعضای خانواده، به‌ویژه زن و شوهرها است (نوری، ۱۳۹۲). اغلب زوج‌ها در آغاز زندگی اعتقاد دارند که روابط آن‌ها با دیگران متفاوت است و پشتوانه زندگی مشترک خود را عشق و علاقه متقابل می‌دانند (پاموک و دورموش، ۲۰۱۵)؛ اما زمانی که فرد متوجه می‌شود عاشق شدن آسان‌تر از ماندن در عشق است، احساس عشق به‌سردی می‌گراید و نارضایتی از برآورده نشدن انتظاراتها، به بروز سرخوردگی^۱ می‌انجامد (فینچام، استنلی، و بیچ، ۲۰۰۷).

هنگامی که زندگی زناشویی آن‌گونه که زن و شوهر توقع دارند، پیش نمی‌رود، زوج‌ها به‌حالتی از ناباوری می‌رسند و این حالت کم‌کم باعث سرخوردگی زناشویی می‌شود. سرخوردگی زناشویی، منجر به کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی می‌شود که خود شامل کاهش توجه نسبت به همسر، بیگانگی عاطفی، افزایش احساس بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی نسبت به همسر است. تجربه دل‌سردی تأثیر یکسانی بر زوج‌ها ندارد؛ در بعضی از آن‌ها منجر به طلاق می‌شود؛ ولی عده‌ای باقی ماندن در ازدواج را انتخاب می‌کنند؛ حتی اگر علاقه زیادی نسبت به همسرشان نداشته باشند؛ و عده‌ای در جهت بهبود ارتباط و کاهش سرخوردگی اقدام می‌کنند (نوک، بوراو، رورل، ۲۰۱۰).

سه عامل فقدان تقابل و تبادل، عدم ارضای نیاز به صمیمیت، و تعارض‌های حل‌نشده و عدم مهارت در حل تعارض‌ها از دلایل مهم سرخوردگی است. سرخوردگی زناشویی اگر درمان نشود پیامدهایی چون از پا افتادن جسمی، از پا افتادن روانی و از پا افتادن عاطفی و هیجانی را به‌دنبال خواهد داشت. فرسودگی بدنی به‌شکل خستگی مزمن، سردرد مزمن، دردهای شکمی، کمر درد، سرماخوردگی، کم‌اشتهایی و یا پرخوری (پاینز^۲، ۱۳۹۴) و گاهی حتی ناباروری (نیکویخت، کریمی و بهرامی، ۱۳۹۰) بروز می‌کند. فرسودگی روانی به‌شکل کاهش خودباوری، نظر منفی‌گرایانه نسبت به روابط به‌ویژه رابطه با همسر، از دست دادن شکیبایی برای مسائل، احساس یأس و سرخوردگی، احساس ناکامی، ناتوانی در عشق ورزیدن دیده می‌شود. فرسودگی عاطفی به‌شکل احساس آزرده‌گی، کاهش تعهدات زناشویی، عدم تمایل به حل مشکلات، غمگینی، احساس تهی بودن و بی‌معنایی، افسردگی و حتی انگیزه‌های خودکشی دیده می‌شود (پاینز، ۱۳۹۴).

ویسمن، بارپ و لانگر (۲۰۰۷)، در پژوهشی زوج‌های سرخورده و غیرسرخورده را مقایسه کردند و دریافتند سلامت روانی زوج‌های سرخورده پایین‌تر است. ضمناً زن‌ها نسبت به مردها در برابر

1. disaffection

2. Pines

مشکلات زناشویی آسیب‌پذیرترند (گاتمن و سیلور، ۲۰۱۲). سرخوردگی، دلخوری، و عدم ارتباط درست با یکدیگر به تدریج باعث کاهش کیفیت زناشویی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی زوجها، به‌ویژه زن‌ها می‌شود. یکی از مهم‌ترین عوامل در کیفیت زندگی زناشویی روابط بین زن و شوهر است. کیفیت روابط زناشویی مفهومی چندبعدی و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجها مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد در رابطه است (فینچام و بیچ، ۲۰۰۷). برادبوری و کارنی (۲۰۱۳) مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی زناشویی را در دو مفهوم فرایندهای بین‌فردی در ازدواج و فرایندهای ازدواج در بافت اجتماعی خلاصه کرده‌اند. شناخت، عاطفه، الگوی ارتباطی، حمایت اجتماعی و خشونت به‌عنوان فرایندهای بین‌فردی در نظر گرفته شده‌اند. فرزندها، ویژگی‌ها و پیش‌زمینه همسرها، مراحل انتقالی و استرس‌های زندگی به‌عنوان بافت اجتماعی خرد^۱ و همسایه‌ها، محله و وضعیت اقتصادی جامعه به‌عنوان بافت اجتماعی کلان^۲ در نظر گرفته شده است. کیفیت زندگی زناشویی در گرو شیوه‌های مقابله زوجها با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی است. امروزه از رویکردهای مختلفی مانند خانواده درمانی شناختی-رفتاری^۳، خانواده درمانی تجربیاتی^۴، خانواده درمانی بین‌نسلی^۵، و تحلیل ارتباط محاوره‌ای^۶ در درمان مشکلات زناشویی و افزایش کیفیت زناشویی استفاده می‌شود. همچنین پژوهش‌های متعددی اثربخشی این رویکردها را بر مشکلات، روابط و مسائل زناشویی بررسی کرده‌اند. به‌عنوان مثال می‌توان به پژوهش نویدیان، ابراهیمی‌تبار، اسماعیلی، یوسفی و اربابی‌سرجو (۲۰۱۵)؛ حاجیان و محمدی (۲۰۱۳)؛ رستمی، طاهری، عبدی و کرمانی (۲۰۱۴)؛ کیوان‌پور و کاشانی (۲۰۱۴)؛ هیز، پیستورلو و لوین (۲۰۱۲)؛ بختیاری و عابدی (۱۳۹۱)؛ خوش‌خرام و گلزاری (۱۳۹۰)؛ پورجلو (۱۳۹۱)؛ ساسان‌نژاد (۱۳۹۲)؛ ضیاءالحق، حسن‌آبادی، قنبری هاشم‌آبادی و مدرس غروی (۱۳۹۱)؛ فلاح‌زاده، ثنایی‌ذاکر و فرزاد (۱۳۹۱)؛ داورنیا، زهراکار، معیری و شاکرمی (۱۳۹۴)؛ فلاح‌زاده، ثنایی‌ذاکر، نوایی‌نژاد و فرزاد (۱۳۹۰)؛ فلاح‌زاده و ثنایی‌ذاکر (۱۳۹۱)؛ امانی، ثنایی‌ذاکر، نظری و نامداری پژمان (۱۳۹۰)؛ و زارعی، صادقی‌فرد، عدلی و طیبی‌سوق (۲۰۱۳) اشاره کرد؛ اما اثربخشی اکثر آنها در درازمدت سنجیده نشده و یا در پیگیری، نتایج حاکی از کاهش اثربخشی بوده است.

در این میان یکی از مسائل قابل توجه نیز این است که دامنه وسیعی از مشاوره‌های ازدواج که به حل تعارض متکی هستند، میزان عود بسیار بالایی دارند (گاتمن و سیلور، ۲۰۱۲). بنابراین هنوز

1. microcontext
2. macrocontext
3. Cognitive Behavioral Family Therapy (CBFT)
4. Experiential Family Therapy (EFT)
5. Multi-Generational Family Therapy (MGFT)
6. Transactional Analysis (TA)

پژوهش‌ها به دنبال دستیابی به بهترین مداخله برای این مسائل هستند و ضروری است که اثربخشی درمان‌های جدید نیز در مورد این مسائل سنجیده شود. یکی از درمان‌های جدیدی که از رویکرد چندبُعدی و تلفیقی استفاده کرده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از فرایندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی، تعهد، و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند (هیز و ماسودا، ۲۰۰۹) و به زمینه و کارکردهای پدیده روان‌شناختی حساس است. بنابراین بر راهبردهای تعیین زمینه‌آیی و تجربه‌آیی تأکید دارد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). درمانگر به دنبال تغییر فکر یا احساس مراجع نیست، بلکه زمینه‌آیی را تغییر می‌دهد که در آن زمینه فکر و احساس رخ می‌دهد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). هدف این درمان کمک به مراجع برای ایجاد زندگی کامل، غنی و معنادار است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). به گونه‌ای که فرد مهار مؤثر دردها، رنج‌ها، و تنش‌هایی را به دست گیرد که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده است. تجربه‌های هیجانی و سازه‌های ذهنی بر رفتار انسان‌ها از جمله رفتارهای ارتباطی تأثیرگذارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارائه راه‌کارهایی قصد دارد به افراد کمک کند، تأثیر این تجارب درونی و سازه‌های ذهنی را از رفتار و رابطه حذف کنند و سپس رفتار را در جهت ارزش‌ها و اهدافی تنظیم کنند که با دل‌بستگی، صمیمیت، حمایت، هم‌فکری و توافق، رضایت و انسجام همراه باشد. هیز و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که این رویکرد در گستره وسیعی از مسائل کاربردی و حیطه‌های رشدی، تغییرات مثبتی را به همراه داشته است. بنابراین انتظار می‌رود که در این پژوهش این رویکرد درمانی بتواند با کاهش سرخوردگی زناشویی افراد، کیفیت زناشویی آن‌ها را افزایش دهد. به این ترتیب در این پژوهش سؤال‌های زیر مطرح و آزمون شد.

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به کاهش سرخوردگی زناشویی و افزایش کیفیت

زناشویی زن‌ها کمک کند؟

۲. آیا این تأثیر می‌تواند در مرحله پیگیری حفظ شود و پایدار بماند؟

روش

پژوهش حاضر شبه‌تجربی با گروه آزمایشی و گواه، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش تعداد ۲۱۴۶ نفر از مادران دانش‌آموزان دبیرستانی پسر دوره متوسطه دوم در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس سه دبیرستان بهنام رحمانی، امام خمینی و هنرستان شهید بهشتی واقع در بخش مرکزی و بخش کلیشاد شهرستان فلاورجان انتخاب شد. پس از برگزاری جلسه‌ای های توجیهی جداگانه در هر

1. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)

دبیرستان برای مادران و تکمیل پرسشنامه توسط آن‌ها، ۱۰۰ نفر از مادران در پرسشنامه سرخوردگی زناشویی کایزر (۱۹۹۳) نمره بالاتر از یک انحراف معیار (۹/۲۱) از میانگین (۴۴/۷) کسب کردند. از میان آن‌ها با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حداقل مدت ازدواج ده سال، داشتن داشتن زندگی مشترک با همسر، و ملاک خروج شامل بیماری روانی و جسمانی بارز، مصرف داروهای روانپزشکی، سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی و داشتن بیش از دو جلسه غیبت در جلسه‌ها بود.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس سرخوردگی زناشویی**^۱: این مقیاس ۲۱ سؤال توسط کایزر (۱۹۹۳) با هدف ارزیابی سطح سرخوردگی یا نبود عواطف نسبت به همسر ساخته شده و شامل سه بُعد است. بُعد دلبستگی^۲ آن با سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۶ و ۲۱؛ بُعد بیگانگی هیجانی^۳ با سؤال‌های ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ و بُعد حمایت هیجانی^۴ با سؤال‌های ۲، ۴، ۱۱، ۱۴ و ۱۷ سنجیده می‌شود. دامنه نمره‌های این مقیاس از ۲۱ تا ۸۴ و دارای طیف لیکرت چند گزینه‌ای نادرست = ۱، نه خیلی درست = ۲، تا حدی درست = ۳ و بسیار درست = ۴ است. در مورد روایی این پرسشنامه کایزر (۱۹۹۳)، همبستگی آن را با پرسشنامه دلدگی زناشویی پاینز ۱۹۹۷ مثبت معنادار و همبستگی آن را با پرسشنامه‌های شادی زناشویی لورنتز^۵ ۲۰۰۸، و صمیمیت زناشویی باگاروزی^۶، ۲۰۰۱ منفی، و همسانی درونی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط کوهی، اعتمادی و فاتحی‌زاده (۱۳۸۸) انجام شد نیز آلفای کرونباخ کل سؤال‌ها ۰/۸۸ به دست آمد و روایی محتوایی آن نیز توسط پنج نفر از متخصصان گروه مشاوره دانشگاه اصفهان تأیید شد. همچنین در بررسی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)؛ نقل از کوهی و همکاران، (۱۳۸۸) روایی هم‌زمان نمره‌های مقیاس سرخوردگی رابطه معناداری را با پرسشنامه سلامت عمومی^۷ نشان داد (I=۰/۵۶). آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۹۴ به دست آمد. در این پژوهش افرادی

1. Marital Disaffection Scale (MDS)
2. attachment
3. emotional estrangement
4. emotional support
5. Lorentz
6. Bagarozzi
7. Generl Health Questionnaire (GHQ)

که نمره‌های آن‌ها یک انحراف معیار (۹/۲۱) بالاتر از میانگین (۴۴/۷) بود؛ به‌عنوان افرادی با سرخوردگی بالا در نظر گرفته شدند.

۲. مقیاس کیفیت زناشویی^۱. این مقیاس ۱۴ سؤالی توسط باسبی، کران، لارسن و کریستنسن^۲ در سال ۲۰۰۸ بر اساس نظریه لیوایز و اسپینر (۱۹۷۹) در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است؛ و در طیفی ۶ تایی از ۰ تا ۵، از کاملاً موافق= ۵ و پاسخ کاملاً مخالف= ۰ نمره‌گذاری می‌شود. سه خرده‌مقیاس این ابزار شامل هم‌فکری و توافق^۳ با سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶؛ رضایت^۴ با سؤال‌های ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱ و انسجام^۵ با سؤال‌های ۱۲، ۱۳ و ۱۴ سنجیده می‌شود که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهد. نمره‌هایی که یک انحراف معیار بالاتر از میانگین باشد نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. آلفای کرونباخ این مقیاس پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی توسط یوسفی و سهرابی (۱۳۹۰) برای عامل‌های توافق، رضایت و انسجام به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۹۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به‌دست آمد. آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۸۸ به‌دست آمد.

۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. مفاد جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر از پژوهش سبوحی، فاتحی‌زاده، احمدی و اعتمادی (۱۳۹۳) برگرفته شد و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه، به‌شرح زیر در مورد گروه آزمایش اجرا شد.

جلسه اول. این جلسه اعضاء با یکدیگر آشنا شدند. اهداف و هنجارهای گروه شامل حضور به‌موقع در جلسه‌ها، عدم غیبت در جلسه‌ها و رازداری بیان شد. هدف در این جلسه رساندن اعضاء به درماندگی در مورد روش‌های قبلی‌شان در حل مشکلات زناشویی بود. برای رسیدن به این هدف یکی از مشکلات اعضاء به‌طورمثال، دیر آمدن مکرر شوهر به خانه در جدولی ۴ ستونی شامل مشکل، راه‌حل، نتیجه کوتاه مدت و نتیجه بلند مدت بررسی شد. درنهایت مراجعان به این نتیجه رسیدند که اکثر روش‌های قبلی در بلند مدت روش‌های کارامدی نبوده‌اند و نوعی تخلیه هیجانی در کوتاه مدت بوده‌اند. به‌عنوان تکلیف از اعضاء خواسته شد که در طول هفته آینده همه مسائل زناشویی خود را در جدولی که شرح داده شد، بررسی کنند.

جلسه دوم. هدف از این جلسه مفهوم‌سازی مشکل و تمرین ذهن‌آگاهی بود. برای مفهوم‌سازی از اعضاء خواسته شد که افکار، احساسات، خاطره‌ها، نشانه‌های بدنی و تمایلات خود را مثلاً هنگام

-
1. Marital Quality Scale (MQS)
 2. Busby, Crane, Larsen & Christensen
 3. agreement
 4. satisfaction
 5. solidarity

دیر آمدن مکرر شوهر به خانه بیان کنند. به شرکت کنندگان گفته شد؛ اگر کسی در این شرایط عصبانی بشود و به شوهرش متلک بگوید، این راه حل او است که در کوتاه مدت پاسخی به عصبانیت است؛ اما نتیجه‌ای بلند مدت ندارد. در ادامه با استفاده از استعاره «تبخال»، از اعضاء پرسیده شد اگر شما تبخال داشته باشید و این تبخال خارش داشته باشد آیا شما آن را می‌خارانید؟ افکار و احساسات هم نوعی تبخال ذهنی محسوب می‌شوند. اگر شما هنگام عصبانیت داد بزنید؛ دادزدن نوعی خاراندن عصبانیت به‌شمار می‌رود و مشکل را حادتر می‌کند. در انتهای جلسه به‌عنوان تکلیف از اعضاء خواسته شد تبخال‌های روان‌شناختی خود را که ناشی از رابطه زناشویی است و شیوه‌های پاسخ به آن‌ها را ثبت کنند.

جلسه سوم، هدف این جلسه معرفی الگوی شش ضلعی آسیب‌شناسی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که در قالب پنج «سَم» روان‌شناختی برای شرکت کنندگان مورد بحث قرار گرفت. این سم‌ها شامل (۱) قطع ارتباط^۱، مثلاً وقتی فرد در زمان حال، حضور ندارد ارتباط او با همسرش قطع می‌شود، (۲) واکنشی بودن^۲، مثل زمانی که فرد تابع افکار و احساسات خود نظیر عصبانیت است و به‌طور تکانشی به همسرش واکنش نشان می‌دهد، (۳) اجتناب^۳، مثل زمانی که فرد به‌عنوان مثال به‌خاطر پرهیز از اضطراب، وارد گفتگوی ضروری با همسرش نمی‌شود، (۴) گیر کردن درون ذهن، مثلاً وقتی فرد به‌خاطر این فکر که همسر مرا دوست ندارد؛ برخی از تکالیفش را نسبت به همسرش انجام نمی‌دهد، و (۵) غفلت از ارزش‌ها^۴، مثل زمانی که فرد به‌هر دلیلی ایده‌آل‌های ارتباط زناشویی و اعمال مربوط به آن‌ها را رها می‌کند. در انتها، به‌عنوان تکلیف خانگی از شرکت کنندگان خواسته شد تا به‌دقت یادداشت کنند که کدام سَم‌ها در رابطه زناشویی آن‌ها وجود دارد.

جلسه چهارم، هدف از این جلسه معرفی مفهوم پذیرش و نیز تمرکز بر چیزهای بود که می‌توان آن‌ها را مهار کرد. در این مرحله، چهار گزینه (۱) طلاق، (۲) تسلیم شدن، (۳) پذیرش آن‌چه قابل تغییر نیست و (۴) تغییر آن‌چه قابل تغییر است، به شرکت کنندگان معرفی شد. برای جانداختن این مفاهیم از استعاره «زره و شمشیر» استفاده شد. در این استعاره از شرکت کنندگان خواسته شد که دو نفر را در یک میدان جنگ فرض کنند که هریک، یک زره و یک شمشیر دارد. رفتارهایی مثل متلک شمشیر، و رفتارهایی مثل قهرکردن زره، حساب می‌شوند. زره و شمشیر طرف مقابل دست ما نیست؛ ولی ما می‌توانیم انتخاب کنیم که همچنان از زره و شمشیرمان استفاده کنیم یا

-
1. relationship cutting
 2. reactivity
 3. avoidance
 4. neglect of values

این که آن‌ها را زمین بگذاریم. از اعضاء خواسته شد که گزینه ۳ و ۴ را به‌طور هم‌زمان از هم اکنون برای یک بازه طولانی حداقل سه ماهه به کار برند.

جلسه پنجم. هدف از این جلسه معرفی ارزش‌های زناشویی و بحث پیرامون اهمیت و اولویت آن‌ها بود. پس از آن، پنج ارزش مهم زناشویی از دیدگاه رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ یعنی صمیمیت، وفاداری یا تعهد، عشق، شور و هیجان، مهربانی و خود بودن معرفی شد. برای این کار از استعاره «اتوبوس» استفاده شد. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که خود را راننده اتوبوسی فرض کنند که بین اصفهان و تهران مسافر جابه‌جا می‌کنند. در یک سفر، یک جایزه بزرگ در تهران برنده شده‌اند که باید تا آخر وقت اداری فردا، خود را به آن‌جا برسانند. ولی در بین راه تعدادی ارادل سر راه اتوبوس را می‌گیرند و از راننده می‌خواهند که آن‌ها را جایی غیر از تهران ببرد. جایزه، همان ارزش‌ها و ارادل، افکار و احساسات مزاحم، و مسیر مقصد همان اعمال درستی است که فرد را در مسیر ارزش‌ها پیش می‌برد. از شرکت‌کنندگان خواسته شد سعی کنند طی هفته آینده مسیر ارزش‌های خود را دنبال و آن‌ها را یادداشت کنند.

جلسه ششم. هدف از این جلسه عینی کردن ارزش‌ها، شکستن ارزش‌ها به اهداف، و شکستن اهداف به اعمال بود. سپس ارزش‌ها با توجه به استعاره «حرکت در جهت‌های جغرافیایی» به اهداف و اعمال خرد شدند. به شرکت‌کنندگان گفته شد؛ وقتی فردی به سمت شمال حرکت می‌کند شهرها و کشورهای بین راه، با او نشان می‌دهند که آیا در مسیر درست حرکت می‌کند یا خیر؟ به‌طور مثال، اگر فردی می‌خواهد در مسیر تعهد بماند، این مثل جهت جغرافیایی است. نوع لباس پوشیدن در یک شهر بین راه، و این که دقیقاً مشخص کند کجا و چگونه لباس بپوشد؛ عملی است که او را در این مسیر پیش می‌برد.

جلسه هفتم. هدف از این جلسه معرفی موانع در مسیر ارزش‌ها بود. به شرکت‌کنندگان گفته شد؛ موانع در کل به دو دسته «موانع درونی» مثل «خشم» و «بیرونی» مثل «بیکاری موقتی شوهر» تقسیم می‌شوند. برای «موانع بیرونی» لازم است از روش حل مسأله استفاده شود. اما آنچه از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مهم است، «موانع درونی» است. «موانع درونی» شامل آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب و دلیل‌آوری^۱ است. سپس گفته شد؛ آمیختگی، همان سمّ‌گیر کردن درون ذهن است؛ ارزشیابی‌های غیرواقع‌گرایانه، منجر به توقع‌هایی از همسر می‌شود که برآورده شدن آن‌ها دست همسر است و فرد را از اعمال متعهدانه دور می‌کند؛ اجتناب از تجربه، پرهیز از تجربه‌های دردناک است؛ و دلیل‌آوری به این معنی است که وقتی ذهن بیش از حد استدلال‌محور شود نمی‌تواند احساسات طرف مقابل را در نظر بگیرد و درک کند، در نتیجه نمی‌تواند ارزش صمیمیت را دنبال

1. Fusion, Evaluation, Avoidance, Reason-giving (FEAR)

کند. سپس در ادامه گفته شد؛ در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای هر مانع شیوه برخورد درستی پیشنهاد می‌شود. این پیشنهادهای درست شامل «گسلش»، «پذیرش» و «انتظارات واقع بینانه» است. «گسلش»، یعنی فرد بتواند اعمالش را از زیر سایه ذهن خود خارج کند؛ «پذیرش»، به معنی پذیرفتن تجربه هیجانی همراه عمل، حتی اگر آزاردهنده باشد، و «انتظارات واقع بینانه»، به معنی سنجیدن شرایط زندگی و متناسب با آن عمل کردن است. در انتها از شرکت‌کنندگان خواسته شد که در طول جلسه آینده موانع خود را در دفتری ثبت کنند. جلسه هشتم، هدف از این جلسه توضیح ارزشیابی‌های غیرواقعی‌گرایانه، و معرفی انواع شیوه‌های اجتناب بود. سپس استعاره «مهمان ناخوانده»، برای پذیرش، به جای اجتناب توضیح داده شد. به شرکت‌کنندگان گفته شد؛ فرض کنید فردی در محله جدیدی خانه‌ای خریده است؛ و برای این که با همسایه‌ها آشنا شود و خودش را معرفی کند می‌خواهد یک مهمانی ترتیب دهد و همه همسایه‌ها را دعوت می‌کند. هنگام مهمانی‌گدایی که در محله آن‌ها کارتون خواب است و بسیار بدبو، بدظاهر و بدکلام است؛ قصد وارد شدن به مهمانی را دارد. اگر شما در این شرایط باشید چه می‌کنید؟ آیا او را راه نمی‌دهید؟ یا با شروطنی راه می‌دهید؟ یا مثل سایر مهمان‌ها او را راه می‌دهید؟ گزینه سوم همان بحث پذیرش است. در انتها به عنوان تکلیف از شرکت‌کنندگان خواسته شد احساسات آزاردهنده خود را تعیین و مانند احساسات خوش‌آیند بپذیرند و تجربه کنند. جلسه نهم، هدف از این جلسه بیان مفاهیم غفلت از ارزش‌ها و متعهد شدن به ارزش‌ها بود. به این منظور از استعاره «کاشت نهال» استفاده شد. در این مورد به شرکت‌کنندگان گفته شد؛ تصور کنید فردی نهالی را در گوشه‌ای از باغ می‌کارد؛ ولی از ترس این که نکند جای درستی آن را نکاشته باشد، هر چند روز یک‌بار آن را جابه‌جا می‌کند. این نهال فرصت رشد پیدا نمی‌کند؛ اما اگر در همان جایی که هست هر روز اعمال باغبانی برای نهال انجام دهد؛ بالاخره مقداری ثمر خواهد داد. در روابط زناشویی نیز حتی اگر دو فرد که به زعم خودشان مناسب هم نیستند یا شرایطشان مناسب نیست؛ اعمال ارتباطی درستی را متناسب با ارزش‌های زناشویی انجام دهند؛ بالاخره ثمره آن را خواهند دید. در انتها به عنوان تکلیف از آن‌ها خواسته شد که فهرستی از ارزش‌های خود را، علاوه بر آن پنج ارزش مطرح‌شده در گروه، تهیه کنند و عمل^۲ مربوط به هر یک را بنویسند. جلسه دهم، هدف از این جلسه مرور نکات کلیدی کل فرایند درمان و بحث در مورد روزهای بحرانی رابطه زناشویی بود. با استفاده از استعاره «کوه‌نوردی» در مورد روزهایی که اوضاع رابطه بر وفق مراد آن‌ها نیست؛ و نوع اعمالی که در این شرایط باید انجام دهند، به شرکت‌کنندگان اطلاعات لازم ارائه و به آن‌ها گفته شد؛ تصور کنید، فردی بر اساس یک «نقشه» در حال «صعود» به «قله»

1. Defusion, Acceptance, Realistic Expectation (DARE)

2. act

است. وسط راه صعود، «طوفان» می‌آید و او به ناچار زیر «تخته سنگی» پناه می‌گیرد. وقتی طوفان تمام می‌شود؛ او قصد ادامه مسیر دارد، ولی نقشه‌اش را باد برده است. «نقشه» همان «آموزش‌هایی» است که در طول جلسه‌ها با شما شرکت‌کنندگان ارائه و مرور شده است. «طوفان»، «بحران‌هایی» است که در روابط زناشویی پیش می‌آید؛ و «تخته‌سنگ»، «روش‌هایی» است که ما هیجان‌های خود را از طریق آن‌ها تنظیم می‌کنیم و «قله»، همان «ارزش‌ها» و «اهداف» روابط زناشویی است. حالا فرض کنید بعد از یک ماه، همسر شما دوباره دیر به خانه بیاید؛ و همان موقع یکی از دوستان شما تلفنی به شما اطلاع دهد که همسران را در رستورانی دیده است. در چنین شرایطی با توجه به آموخته‌های جلسه قبل چه می‌کنید؟ سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد که حتی در چنین شرایطی هم، ارزش‌ها خود را فراموش نکنند و در رابطه زناشویی واکنش‌های هیجانی بروز ندهند. در نهایت پس از تشکر از اعضاء، ختم جلسه اعلام شد.

شیوه اجرا. پس از هماهنگی با مدیران سه دبیرستان منتخب، جلسه‌ای در آذرماه سال ۹۴ با حضور مادران دانش‌آموزان، در آمفی تئاتر مدارس برگزار و شیوه کار پژوهشی و نحوه اجرای آن برای مادران توضیح داده شد. سپس اطلاعاتی در مورد نشانه‌های سرخوردگی نظیر کاهش علاقه نسبت به همسر، تجمع احساسات منفی در روابط زناشویی و کاهش تمایل به انجام تکالیف زناشویی به مادرها ارائه و از آن‌ها خواسته شد که چنانچه نشانه‌های گفته‌شده را در خود احساس می‌کنند و تمایل به شرکت در این کار پژوهشی را دارند؛ پرسشنامه سرخوردگی زناشویی و کیفیت زناشویی را تکمیل کنند. سپس پرسشنامه‌ها در این سه دبیرستان بین ۲۱۵ مادر داوطلب توزیع شد. تعداد ۱۰۷ مادر پاسخنامه تکمیل شده را بازگرداندند. با حذف ۷ پاسخنامه مخدوش، پاسخنامه ۱۰۰ نفر بررسی و تعداد ۳۰ مادر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند؛ انتخاب شدند، و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در نتیجه ریزش گروه‌ها، گروه آزمایش به ۱۰ نفر و گروه گواه به ۱۲ نفر کاهش یافت. آزمون‌های سرخوردگی زناشویی و کیفیت زناشویی بعد از پایان مداخله، به‌عنوان پس‌آزمون و بعد از گذشت ۲ ماه، به‌عنوان آزمون پیگیری در مورد هر دو گروه اجرا شد. جهت رعایت اصول اخلاقی، سه جلسه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت فشرده برای گروه گواه برگزار شد. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها

ازدواج خویشاوندی و غیرخویشاوندی زن‌ها در گروه آزمایش به ترتیب ۱۳/۳ درصد و ۸۶/۷ درصد و در گروه گواه ۷/۱ درصد و ۹۲/۹ درصد بود. میزان تحصیلات آن‌ها در گروه آزمایش ۳۳/۳ درصد

زیردیپلم، ۶۰ درصد دیپلم و ۶/۷ درصد لیسانس و در گروه گواه ۲۱/۴ درصد زیردیپلم، ۵۷/۱ درصد دیپلم و ۲۱/۴ درصد لیسانس بود. سن زن‌ها در گروه آزمایش ۱۳/۳ درصد ۳۵-۳۰ سال، ۸۰ درصد ۴۰-۳۶ سال و ۶/۷ درصد بالای ۴۶ سال و در گروه گواه ۲۱/۴ درصد ۳۵-۳۰ سال، ۳۵/۷ درصد ۴۰-۳۶ سال، ۴۲/۹ درصد ۴۵-۴۱ سال بود. ۶/۷ درصد زن‌های گروه آزمایش در سن ۱۵-۱۰ سالگی، ۷۲/۳ درصد در سن ۲۰-۱۵ سالگی، ۱۳/۳ درصد در سن ۲۵-۲۱ سالگی و ۶/۷ درصد در سن ۳۰-۲۶ سالگی ازدواج کرده بودند. ۵۰ درصد زن‌های گروه گواه در سن ۲۰-۱۵ سالگی، ۲۱/۴ درصد در سن ۲۵-۲۱ سالگی، ۲۱/۴ درصد در سن ۳۰-۲۶ سالگی، ۷/۱ درصد در سن ۳۵-۳۱ سالگی ازدواج کرده بودند. طول مدت ازدواج زن‌ها در گروه آزمایش ۱۳/۳ درصد بین ۱۵-۱۱ سال، ۸۰ درصد ۲۰-۱۶ سال، ۶/۷ درصد ۲۵-۲۱ سال بود. طول مدت ازدواج زن‌ها در گروه گواه ۱۴/۳ درصد ۱۰-۵ سال، ۲۸/۶ درصد ۱۵-۱۱ سال، ۲۱/۴ درصد ۲۰-۱۶ سال، ۲۱/۴ درصد ۲۵-۲۱ سال، ۱۴/۳ درصد ۳۰-۲۶ سال بود. ۶/۷ درصد زن‌های گروه آزمایش یک فرزند، ۸۶/۷ درصد دو فرزند، ۶/۷ درصد بیشتر از سه فرزند و در گروه گواه ۲۸/۶ درصد یک فرزند، ۴۲/۹ درصد دو فرزند، ۱۴/۳ درصد سه فرزند و ۱۴/۳ درصد بیشتر از سه فرزند داشتند. ۸۰ درصد ازدواج‌های گروه آزمایش با مشورت و ۲۰ درصد با نظر خانواده انجام شده بود. ۳۵/۷ درصد ازدواج‌ها در گروه گواه با نظر خود فرد، ۱۴/۳ درصد با مشورت و ۵۰ درصد با نظر خانواده بود. همه اعضای هر دو گروه خانه‌دار بودند. وضعیت اقتصادی آن‌ها در گروه آزمایش ۷۲/۳ درصد متوسط و بقیه از نظر اقتصادی ضعیف بودند. در گروه گواه ۶۶/۷ درصد افراد وضعیت متوسط و ۶/۷ درصد وضعیت خوب و بقیه آن‌ها وضعیت اقتصادی ضعیفی داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های سرخوردگی زناشویی، و مؤلفه‌های کیفیت زناشویی

مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرخوردگی زناشویی	آزمایش	۵۵	۹/۸	۴۴/۴	۱۲/۷۱
	گواه	۵۴/۴	۸/۶۳	۶۰/۵	۶/۲
دلبستگی	آزمایش	۲۲/۴۲	۶/۴۵	۱۸/۵	۵/۸۹
	گواه	۲۱/۴۶	۴/۳۱	۲۴/۰۸	۳/۴۲
بیگانگی هیجانی	آزمایش	۱۹/۵۳	۴/۱۸	۱۴/۹	۴/۹۸
	گواه	۱۹/۱۳	۳/۶۸	۲۱/۰۸	۲/۶۱
حمایت هیجانی	آزمایش	۱۳/۴۷	۳/۲۴	۱۱	۳/۹۴
	گواه	۱۳/۸	۲/۲۴	۱۵/۳۳	۱/۷۲

جدول ۱ کاهش نمره‌های سرخوردگی و افزایش نمره‌های مؤلفه‌های کیفیت زناشویی زن‌های گروه آزمایش را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون و گروه گواه نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های ام. باکس، کرویت موخلی، لوین و کلموگروف-اسمیرنوف

متغیر	ام.باکس	موچلی	لوین	کلموگروف-اسمیرنوف
سرخوردگی زناشویی	۱۰/۰۸	۰/۹۱	۰/۰۰۲	۰/۱
معناداری	۰/۲۱	۰/۴۲	۰/۹۶	۰/۲

در جدول ۲ با توجه به معنادار نبودن آزمون‌های ام. باکس، کرویت موخلی، لوین و کلموگروف-اسمیرنوف به ترتیب شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی، فرض همگنی واریانس‌ها و توزیع طبیعی داده‌ها رعایت شده است.

جدول ۳. تحلیل چندمتغیره کواریانس‌ها بر میانگین نمره‌های مؤلفه سرخوردگی زناشویی

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۵۱۲	۸/۵۹۴**	۲	۱۸	۰/۴۸۸	۰/۹۳۶

$$*P < 0.05 \quad **P < 0.01$$

در جدول ۳ سطوح معناداری آزمون، بیانگر آن است که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین مؤلفه سرخوردگی زناشویی، در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش یافته است ($P=0.008$). این نتیجه حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سرخوردگی زناشویی و پایداری این تاثیر در زن‌های متأهل گروه آزمایشی است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمره‌های مؤلفه سرخوردگی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	میزان تأثیر آماری	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۴۲/۴۱۱	۱	۲۴۲/۴۱۱	۲/۸۱۷	۰/۱۲۹	۰/۳۵۷
پیگیری	۲۳۷/۲۴۸	۱	۲۳۷/۲۴۸	۴/۲۸۱	۰/۱۸۴	۰/۵۰۲
پس‌آزمون	۱۳۶۶/۵۸۴	۱	۱۳۶۶/۵۸۴	۱۵/۸۸۱**	۰/۴۵۵	۰/۹۶۵
پیگیری گروهی	۵۴۹/۳۴۹	۱	۵۴۹/۳۴۹	۹/۹۱۴**	۰/۳۴۳	۰/۸۴۸
پس‌آزمون خطا	۱۶۳۴/۹۸۹	۱۹	۸۶/۰۵۲	-	-	-
پیگیری خطا	۱۰۵۲/۸۵۲	۱۹	۵۵/۴۱۳	-	-	-

$$*P < 0.05 \quad **P < 0.01$$

جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین تعدیل‌شده نمره‌های سرخوردگی زناشویی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P=0.001$).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی و ...

بنابراین مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نمره‌های سرخوردگی زناشویی گروه آزمایشی تأثیر داشته و این تأثیر در زن‌های متأهل گروه آزمایشی پایدار مانده، و نیز مشاهده می‌شود در کل میانگین نمره‌های سرخوردگی زناشویی گروه آزمایشی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه گواه است.

جدول ۵. نتایج تحلیل چند متغیره کوواریانس‌ها بر میانگین نمره‌های مؤلفه کیفیت زناشویی

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مجدور اتا	توان آماري
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۲۰	۱۲/۴۲۶**	۲	۱۸	۰/۵۸۰	۰/۹۸۸

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۵ سطوح معناداری آزمون، بیانگر آن است که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین مؤلفه کیفیت زناشویی، در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه افزایش یافته است ($P = 0.01$). این نتیجه حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زناشویی و پایداری این تأثیر در زن‌های متأهل گروه آزمایشی است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس عضویت گروهی بر میزان نمره‌های مؤلفه کیفیت زناشویی

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	میزان تأثیر	توان آماري
پیش‌آزمو	۳۹۲/۵۳۸	۱	۳۹۲/۵۳۸	۶/۶۸۶*	۰/۳۶۰	۰/۶۸۹
ن	۴۸۶/۱۴۸	۱	۴۸۶/۱۴۸	۸/۶۸۶**	۰/۳۱۴	۰/۷۹۸
عضویت	۱۱۲۸/۳۶۰	۱	۱۱۲۸/۳۶۰	۱۹/۲۱۹**	۰/۵۰۳	۰/۹۸۶
گروهی	۱۲۸۷/۲۶۳	۱	۱۲۸۷/۲۶۳	۲۲/۹۹۹**	۰/۵۴۸	۰/۹۹۵
خطا	۱۱۱۵/۵۲۹	۱۹	۵۸/۷۱۲	-	-	-
پیگیری	۱۰۶۳/۴۱۹	۱۹	۵۵/۹۶۹	-	-	-

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۶ نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر متغیرهای هم‌گام بر متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه‌شده، تفاوت بین میانگین تعدیل‌شده نمره‌های کیفیت زناشویی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار ($P = 0.01$)، و چنان‌چه مشاهده می‌شود در کل میانگین نمره‌های کیفیت زناشویی گروه آزمایشی به‌طور معناداری بالاتر از گروه گواه است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی زناشویی زن‌ها مؤثر است و باعث کاهش سرخوردگی زناشویی زن‌های متأهل گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و

پیگیری شده است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های امان‌الهی، حیدریانفر، خجسته‌مهر و ایمانی (۲۰۱۴)؛ هنرپروران (۱۳۹۳)؛ دهقانی (۱۳۹۰)؛ راهنورد (۱۳۸۸) و بیات (۱۳۸۶) در جهت کاهش سرخوردگی زناشویی و افزایش کیفیت زناشویی همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از اهداف و آرزوهای افراد به‌ویژه زن‌ها داشتن زندگی موفق زناشویی و دریافت عشق از همسر است؛ اما انباشته شدن سرخوردگی‌های زندگی روزمره باعث می‌شود زوج‌ها نیازهای خود و همسرشان را نادیده بگیرند و در نتیجه کیفیت روابط زناشویی آن‌ها پایین آید و زوج‌ها به‌ویژه زن‌ها به‌این اهداف دست پیدا نکنند و سرانجام به دل‌زدگی در آن‌ها منجر شود (پاینز، هامیر، نیال و لیکسون، ۲۰۱۱). از دیدگاه نظریه‌پردازان درمان پذیرش و تعهد اجتناب از تجارب، فرایند آسیب‌زایی را به‌وجود می‌آورد که در ایجاد و گسترش تعارض‌های زناشویی دخیل هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این اجتناب‌ها را هدف درمانی خود قرار می‌دهد تا به‌منظور تجربه کردن به‌جای مهار یا تغییر ارزیابی‌های منفی رویدادهای پیش‌آمده، در تعارض‌ها و سرخوردگی فرد بازگشایی اساسی به‌وجود آورد (منصوری‌نیا، ۱۳۸۹).

در این پژوهش نیز برای دستیابی به‌این هدف از انواع فنون^۱ پذیرش و تعهد از جمله استعاره‌ها، راهبردهای پذیرش، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تناقض‌ها، قراردادهای زبانی و کار در مورد ارزش‌ها، برای کاهش اجتناب از تجارب استفاده شد. دلیل اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زن‌های سرخورده این بود که در جلسه‌های گروهی به‌جای تلاش برای مدیریت عوامل سرخوردگی، بر شیوه‌های سازش با جنبه‌های طاقت‌فرسای زناشویی، کشف ارزش‌های هر زوج از طریق شناسایی آن‌چه برای‌شان مهم است و این‌که چگونه هر فرد می‌تواند با رفتار متناسب با ارزش‌های شخصی، زندگی معناداری برای خود و همسرش بسازد، تمرکز شد. افزون بر این در این پژوهش با استفاده از این رویکرد، الگویی برای آموزش مهارت‌های تمرکززدایی^۲ فراهم شد و از فنونی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه‌های فکر-حُلق را تداوم می‌بخشند، استفاده شد. همچنین در مرحله گسلش آگاهی از رویدادها، بدن، افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آن‌ها، منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی ویژه شد و فرد به‌این نکته پی برد که انسان متفاوت از افکارش است. این روش باعث شد فرد متوجه رفتارهای خود شود و آگاهی‌فزاينده‌ای را در مورد فعالیت‌های روزانه خود به‌دست آورد. آگاهی از افکار و احساسات، منجر به تغییر ارتباط فرد با افکار و احساسات شد. زمانی که آزمودنی‌ها توانستند به‌این مهارت دست یابند، از مشکلات و موانع آگاه شدند و راه‌حل‌های مناسبی پیدا کردند که هماهنگی مفهومی برای زوج‌ها ایجاد کرد و آن‌ها را قادر ساخت، زندگی مشترک و مشکلات موجود در آن را ارزیابی کنند. این فرایند تأثیر به‌سزایی در کاهش سرخوردگی

1. techniques
2. decentralization

زناشویی زن‌ها داشت. همچنین فنون ذهن‌آگاهانه در این رویکرد، توانست به‌میزان زیادی در پرورش مثبت روابط زوج‌ها با خلق محیطی غنی از ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری برخلاف محیط منتقد و خشک به آن‌ها کمک کند.

نکته دیگر درباره این رویکرد، آموزش زیستن در زمان حال بود که به‌معنی حضور جسمانی و ذهنی در لحظه است. بدیهی است وقتی افراد در زمان حال و لحظه حضور داشته باشند می‌توانند پیام‌های عاشقانه، لمس‌های صمیمانه و صدای گرم همسر را به‌درستی درک کنند و این امر می‌تواند از سرخوردگی زناشویی جلوگیری کند و یا سرخوردگی را در آن‌ها کاهش دهد. بنابراین به‌نظر می‌رسد که آموزش پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش سرخوردگی زناشویی مفید باشد.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زن‌های متأهل مؤثر است، و این تاثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. این یافته‌ها، با یافته‌های پژوهشی حبیبی (۱۳۹۲)؛ پاداش (۱۳۹۱)؛ سودانی، دهقانی و دهقان‌زاده (۱۳۹۱)؛ یوسفی و سهرابی (۱۳۹۰)؛ عیسی‌نژاد، احمدی و اعتمادی (۱۳۸۸)؛ و پترسون، ایفر، فینگولد و داویدسون (۲۰۰۹) همسو و هم‌خوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، علت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی زن‌ها این بود که این رویکرد به‌جای تغییر شکل، فراوانی، یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجان‌ها، کارکرد آن‌ها را هدف قرار داد. تغییر کارکرد و رفتار ساده‌تر از تغییر شکل و محتوای فکر و هیجان به‌نظر می‌رسد بنابراین در این پژوهش افراد احساس مهار بر رفتار را بیشتر از احساس و شناخت درک کردند.

افزون بر این، در پژوهش حاضر در جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تاکید بر تنظیم هیجان و نیز از طریق ذهن‌آگاهی، جدا کردن فرد از هیجان‌هایش، آموزش پذیرش این هیجان‌ها و تمرکز بر عمل مربوط به ارزش‌های زناشویی، باعث شد هیجان‌های ناخوشایند ناشی از سرخوردگی زناشویی کاهش یابد و با تداوم در عمل مربوط به ارزش‌ها، کیفیت زناشویی هم افزایش یابد. در این آموزش، زن‌ها یاد گرفتند که چگونه احساسات خود را به‌عنوان فقط احساسات تجربه کنند. همچنین آموختند رفتارهای عاشقانه را حتی وقتی که احساسات خود را دوست ندارند انجام دهند. یعنی به عمل خود تعهد داشته باشند حتی اگر در زمان انجام آن عمل شرایط بیرونی یا احساسات ناخوشایند باشد و در تضاد با ارزش‌های آن‌ها باشد؛ به‌عنوان یک انسان آگاه در لحظه حال زندگی کنند و براساس ارزش‌های منتخب‌شان در صحنه زندگی حرکت کنند. تا از طریق پذیرش سرخوردگی و بیرون کشیدن عمل‌شان از زیر سایه احساسات ناشی از آن، سرخوردگی زناشویی را کاهش دهند و از طریق تعهد در انجام عمل مؤثر حتی در شرایط سخت، به افزایش کیفیت زناشویی برسند. همچنین مطرح شد شما اگر کاری را انجام داده‌اید به‌خاطر این است که همسر و رابطه‌تان جزء ارزش‌های زندگی شما است. پس توقع قدردانی از همسرتان نداشته باشید. این آموخته‌ها و

تمرین مستمر فنون این رویکرد، به زن‌های متأهل در این پژوهش کمک کرد که سرخوردگی زناشویی خود را کاهش دهند و کیفیت زندگی زناشویی خود را بهبود بخشند. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن مدت زمان پیگیری بود. زیرا بر اساس زمان محدود نمی‌توان با قاطعیت در مورد پایداری نتایج در طول زمان اطمینان حاصل کرد. ازدواج اکثر آزمودنی‌های پژوهش حاضر از نوع غیرخویشاوندی بود، بنابراین در تعمیم یافته‌ها به جوامع با ازدواج خویشاوندی باید احتیاط کرد. پژوهش حاضر فقط در مورد یکی از زوج‌ها، و آن‌هم در مورد زن‌های شهرستان فلاورجان اجرا شد؛ بنابراین برای تعمیم‌دهی آن به زن‌های شهرستان‌ها و جوامع دیگر باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود این درمان در مورد هردو زوج نیز انجام و در پژوهش‌های آتی مدت زمان پیگیری طولانی‌تر شود. از یافته‌های این پژوهش در مراکز مشاوره طلاق و معاونت پیشگیری از آسیب‌های خانواده دادگستری استفاده شود؛ و کارگاه‌ها و همایش‌هایی در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زوج‌ها در فرهنگ‌سراها و مراکز فرهنگی برگزار شود.

سپاسگزاری

از کمال همکاری مادران دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم، معلم‌ها و مسئولان دبیرستان‌های شهرستان فلاورجان قدردانی می‌شود. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

منابع

- امانی، احمد، ثنائی‌ذاکر، باقر؛ نظری، علی‌محمد، و نامداری پژمان، مهدی. (۱۳۹۰). اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره درمانی و دلبستگی درمانی بر سبک‌های دلبستگی در دانشجویان مرحله عقد. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۲): ۱۹۱-۱۷۱.
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: جنگل.
- بختیاری، آزاده، و عابدی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی بر الگوی فراشناختی ذهن‌آگاهی انفعالی بر افسردگی پس از زایمان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۲ پایانی): ۲۴-۹.
- بیات، مریم. (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش تصویرسازی ارتباطی بر کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۴ پایانی): ۷۱-۴۳.
- پاداش، زهرا. (۱۳۹۱). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی همسران شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته مشاوره خانواده. دانشگاه اصفهان.
- پایز، آیالامالاج. (۱۳۹۴). *چه کنیم تا عشق رؤیایی به دل‌زدگی نیانجامد؟* ترجمه فاطمه شاداب. تهران: انتشارات ققنوس. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۷).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی و ...

پورجلو، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی مدیریت استرس شناختی-رفتاری و تحلیل تبدالی به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان دارای مشکلات زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. گروه روان شناسی بالینی. دانشگاه محقق اردبیلی.

حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین روابط جنسی پیش از ازدواج با نگرش به روابط فرازناشویی. *خانواده پژوهی*، ۱۰(۲) پیاپی ۳۸: ۴۱-۳۲.

خوش خرام، نجمه. و گلزاری، محمود. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزشی افزایش عاطفه مثبت بر میزان رضایت زناشویی و سبک دلبستگی در دانشجویان متأهل. *مطالعات روان شناختی*، ۷(۳): ۴۸-۲۹.

داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، معیری، نسیم. و شاکری، محمد. (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زن ها. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۵(۲): ۱۴۰-۱۳۲.

دهقانی، مصطفی. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای بر دل زدگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی*، ۳(۱): ۴۴-۳۴.

راهنورد، سیما. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی به شیوه برنامه ارتباطی زوجین بر کاهش دل زدگی زناشویی در زوجین. *اندیشه و رفتار*، ۴(۲) پیاپی ۱۴: ۳۶-۲۵.

ساسان نژاد، رکسانا. (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی زوجین بر رضایت زناشویی، رضایت جنسی و صمیمیت زوجین*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی-خانواده درمانی. دانشگاه علم و فرهنگ.

سبحوی، راحله، فاتحی زاده، مریم السادات، احمدی، احمد. و اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۳). تأثیر مشاوره بر مبنای رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زن‌های مراجعه کننده به فرهنگ سرای شهر اصفهان. اولین کنفرانس بین المللی روان شناسی و علوم رفتاری. تهران: دانشگاه تهران.

سودانی، منصور، دهقانی، مصطفی، و دهقان زاده، زهرا. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای TA بر دل زدگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳(۲): ۱۸۰-۱۵۹.

ضیاء الحق، مریم السادات، حسن آبادی، حسین، قنبری هاشم آبادی، بهرام علی. و مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۱). تأثیر زوج درمانی سیستمی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوج ها. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۸(۱) پیاپی ۲۹: ۶۶-۴۹.

عیسی نژاد، امید، احمدی، احمد. و اعتمادی، عذرا. (۱۳۸۸). اثربخشی غنی سازی روابط بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجین. *علوم رفتاری*، ۴(۱): ۱۶-۹.

فلاح زاده، هاجر، ثنائی ذاکر، باقر. و فرزاد، ولی الله. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوج ها. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۸(۴) پیاپی ۳۲: ۴۸۴-۴۶۵.

- فلاح‌زاده، هاجر، ثنایی‌ذاکر، باقر، نوایی‌نژاد، شکوه، و فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۰). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در حل صدمه دل‌بستگی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۱(۲) پیایی ۴۲: ۸۷-۱۱۰.
- فلاح‌زاده، هاجر، و ثنایی‌ذاکر، باقر. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی در افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های دارای صدمه دل‌بستگی. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۰(۴): ۷۸-۱۱۰.
- کوهی، سمانه، اعتمادی، عذرا. و فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۸۸). تأثیر فرایند سرخوردگی زناشویی بر ابعاد عاطفی خانواده. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۱) پیایی ۶: ۷۱-۸۴.
- منصوری‌نیا، آذردهخت. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش پیش از ازدواج بر میزان رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان. *روان‌شناسی اجتماعی*، ۶(۱) پیایی ۱: ۶۵-۷۸.
- نوری، اعظم. (۱۳۹۲). عوامل تحکیم و استحکام خانواده. *طهورا*، ۴(۲): ۱۳۹-۱۷۸.
- نیکویخت، ندا، کریمی، یوسف، و بهرامی، هادی. (۱۳۹۰). بررسی دل‌زدگی زناشویی در زنان نابارور و بارور مراجعه کننده به درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولیعصر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره). *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۷(۱): ۳۷-۳۲.
- هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. *فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه*، ۵(۲): ۱۳۵-۱۵۰.
- یوسفی، ناصر، و سهرابی، احمد. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۲): ۱۹۲-۲۱۱.

- Amanelahi, A., Heydarianfar, N., Khojastehmehr, R. & Imani, M. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in the treatment of distressed couples. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 4(1): 103-119.
- Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2013). *Intimate relationships* (2nd Ed.). New York: Norton.
- Fincham, F., Beach, S. R. H. (2007). Forgiveness and marital quality: Precursor or consequence in well-established relationships? *The Journal of Positive Psychology*, 2(4): 260-268.
- Fincham, F. D., Stanley, S. M., & Beach, S. R. H. (2007). Transformative processes in marriage: An analysis of emerging trends. *Journal of Marriage and Family*, 69, 275-292.
- Gottman, I. & Silver, B. (2012). *What makes love last*. New York: Simon & Schuster.

- Hajian, A. & Mohammadi, S. (2013). The effect of training solution focused couple therapy on dimensions of marital intimacy. *Pakistan Journal of Medical Science*, 29(1): 321-324.
- Hayes, S. C., & Masuda, A. (2009). Acceptance and commitment therapy: model, process and outcoms. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy, an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Pistorello, J. & Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 90(7): 976-1002.
- Kayser, K. (1993). *When love dies. The process of marital disaffection*. London: The Guilford press.
- Keyvanpour, P., Kashani, F. (2014). The impact of acceptance and commitment therapy in increasing rate of marital satisfaction in married women. *Educational and Management Studies*, 4(3): 614-616.
- Knoke, J., Burau, J., & Roehrle, B. (2010). Attachment styles, loneliness, quality, and stability of marital relationships. *Journal of Divorce and Remarriage*, 51, 310-325.
- 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.
- Lewis, R. & Spanier, G. (1979). *Theorizing about the quality and stability of marriage*. New York: Free Press.
- Navidian, A., Ebrahimitabar, E., Esmaili, G., Yousefi, N. & Arbabisarjou, A. (2015). Compation of the effectiveness of two family therapy approaches based on mindfulness therapy and metacognitive therapy on marital intimacy among divorce applicant clients. *International Archives of Medicine*, 8(1): 1682-1755.
- Pamuk, M., & Durmu ,E. (2015). Investigation of burnout in marriage. *International Journal of Human Sciences*, 12(1): 162-177.
- Peterson, B.L., Eifer, t., Feingold, t., & Davidson, s. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with tow couples. *Cognitive Behavioral Practice*, 16(4): 430-442.
- Pines, M.A., Hammer, B.L., Neal, B.M., & Lcekson, T. (2011). Job burnut and couple burnout in dual-earner couples in the Sandwiche generation. *Social Psychology*, 74(4): 361-386.
- Rostami, M., Taheri, A., Abdi, M. & Kermani, N. (2014). The effectiveness of instructing emotion focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114(1): 693-698.
- Selvini, M.P. (1986). Towards a general model of psychotic family games. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(2): 231-245.
- Wisemen, R., Burpee, L.C. & Langer, E.J. (2007). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1): 43-51.

Zarei, E., Sadeghifard, M., Adli, M. & Tayebisooagh, M. (2013). The effectiveness of Ellis couple therapy training (The retional-emotional-behavioral approach) on reducing the marital bernut. *Journal of Life and Sciety and Biological Medicen*, 3(3): 229-232.

پرسشنامه سرخوردگی زناشویی

جمله‌های زیر مربوط به احساس‌هایی است که ممکن است همسران نسبت به یکدیگر داشته باشند. در برابر هر سوال علامت «x» را که نشان‌دهنده قبول جمله در مورد احساس شما نسبت به همسران است، بگذارید.

نادرست	نه خیلی درستی	نه خیلی درستی	بسیار درست	سوال‌ها	ردیف
۰	۱	۲	۳	اگر هیچ‌گاه نتوانم با همسرم باشم، احساس درماندگی و بیچارگی خواهم کرد.	۱
۰	۱	۲	۳	دریافته‌ام که اعتماد به همسرم در بعضی موارد، برایم دشوار است.	۲
۰	۱	۲	۳	از این که زمانی را به تنهایی با همسرم بگذرانم، لذت می‌برم.	۳
۰	۱	۲	۳	اغلب احساس تنهایی می‌کنم، حتی اگر با همسرم باشم.	۴
۰	۱	۲	۳	هنگامی که چند روز با همسرم نباشم دلتنگ می‌شوم.	۵
۰	۱	۲	۳	اغلب وقت‌ها احساس نزدیکی زیادی نسبت به همسرم می‌کنم.	۶
۰	۱	۲	۳	به نظر می‌رسد که من فقط از بودن با همسرم لذت می‌برم.	۷
۰	۱	۲	۳	برای دیدن همسرم در پایان روز، انتظار می‌کشم.	۸
۰	۱	۲	۳	با گذشت زمان عشق من به همسرم بیشتر و بیشتر شده است.	۹
۰	۱	۲	۳	احساس می‌کنم روز به روز از همسرم بیشتر فاصله می‌گیرم.	۱۰
۰	۱	۲	۳	وقتی مشکل شخصی دارم، همسرم اولین فردی است که به او مراجعه می‌کنم.	۱۱
۰	۱	۲	۳	بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی، بهترین توصیف‌کننده احساسات من نسبت به همسرم است.	۱۲
۰	۱	۲	۳	تمایل کمی به داشتن رابطه جنسی با همسرم احساس می‌کنم.	۱۳
۰	۱	۲	۳	هر زمان که به همسرم نیاز داشته‌ام، آماده کمک به من بوده است.	۱۴
۰	۱	۲	۳	من ترجیح می‌دهم زمان کم‌تری را با همسرم بگذرانم.	۱۵
۰	۱	۲	۳	افکار مثبت من نسبت به همسرم بیشتر از افکار منفی‌ام نسبت به اوست.	۱۶
۰	۱	۲	۳	من احساس خشم زیادی نسبت به همسرم دارم.	۱۷
۰	۱	۲	۳	در مورد انجام وظایف و مسئولیت‌هایم در ازدواج آن قدر نگرانی و دغدغه ندارم که در گذشته داشته‌ام.	۱۸
۰	۱	۲	۳	سعی می‌کنم از گذراندن وقت با همسرم دوری کنم.	۱۹
۰	۱	۲	۳	زمان‌هایی وجود دارد که احساس عشق و علاقه شدید نسبت به همسرم ندارم.	۲۰
۰	۱	۲	۳	از در میان گذاشتن احساساتم با همسرم لذت می‌برم.	۲۱

پرسشنامه کیفیت زناشویی

اکثر مردم در روابط خود اختلاف‌هایی دارند. لطفاً در هر یک از عبارات‌های زیر میزان توافق یا عدم توافق خود با همسران را با گذاردن عدد مناسب در مقابل آن مشخص کنید. قبل از کامل کردن پرسشنامه با همسر خود درباره آن‌ها صحبت نکنید.

عبارت‌ها	توافق دائم دارم	توافق دارم	توافق ندارم	گاهی توافق دارم	اغلب اختلاف دارم	اختلاف تقریباً همیشه	همیشه اختلاف دارم
۱. موضوع‌ها و مسائل مذهبی	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۰
۲. ابراز محبت	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۰
۳. روابط جنسی	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۰
۴. رعایت عرف (رفتار صحیح یا مناسب)	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۰
۵. مقاصد، هدف‌ها و چیزهای مهم	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۰
۶. تصمیمات شغلی و تحصیلی	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۰

لطفاً با استفاده از مقیاس نمره گذاری زیر مشخص کنید که هر یک از موارد زیر چند وقت یک‌بار بین شما و همسران رخ می‌دهد.

عبارت‌ها	همیشه	بیشتر وقت‌ها	اغلب وقت‌ها	گاهی	بندرت	هرگز
۱. چند وقت یک‌بار به فکر طلاق، جدایی یا پایان دادن به رابطه خود افتاده‌اید و یا درباره آن بحث کرده‌اید؟	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۲. آیا اتفاق افتاده که از ازدواج خود متأسف باشید؟	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۳. چند وقت یک‌بار شما و همسران دعوا می‌کنید؟	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۴. چند وقت یک‌بار شما و همسران اعصاب یکدیگر را خرد می‌کنید؟	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۵. موارد زیر چند وقت یک‌بار بین شما و همسران رخ می‌دهد؟	هر روز	تقریباً هر روز	گاهی	تقریباً هر هفته	بندرت	هرگز
پرداختن به کارها و یا علایق مشترک در خارج از خانه	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۶. یک تبادل نظر دل‌چسب و جذاب	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۷. به‌آرامی درباره چیزی گفتگو کردن	۵	۴	۳	۲	۱	۰
۸. در یک پروژه یا برنامه همکاری کردن	۵	۴	۳	۲	۱	۰
