

# بررسی اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار

ابراهیم نامنی<sup>۱</sup>

## چکیده

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۳۰

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه حکیم سبزواری انجام گرفت. **روش:** این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه مورد مطالعه این پژوهش، کلیه زنان ناسازگار مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه حکیم سبزواری در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ زن ناسازگار بود که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه، آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ (۴۷ سوالی) و باورهای ارتباطی (RBI) اپستین و ایدلسون (۱۹۸۱) استفاده شد. داده‌های پژوهش به روش تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار مؤثر بوده و زنان ناسازگار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون به طور معناداری در مولفه‌های باورهای ارتباطی ( $F=213/12, P<0/001$ ) و رضایت زناشویی ( $F=71/19, P<0/001$ ) بهبود پیدا کرده بودند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به این یافته می‌توان نتیجه گرفت که روان درمانی

۱. استادیار مشاوره، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

نویسنده مسئول: Email: a.namani@hsu.ac.ir

گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار تاثیر معناداری دارد.

**کلید واژه‌ها:** رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد - رضایت زناشویی - باورهای ارتباطی.

## مقدمه

خانواده چیزی بیش از مجموعه افرادی است که در یک فضای مادی و روانی خاص به سر می‌برند. خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی است که ویژگی‌های خاص خود را دارد. این نظام اجتماعی، مجموعه‌ای از قواعد و اصول را ابداع و برای اعضای خود نقش‌های متنوعی تعیین می‌کنند. (عدالتی و ردزوان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). هریک از اعضای خانواده وظایفی دارند و شکست در انجام وظایف منجر به ایجاد مشکلات نارضایتی می‌شود. بنابراین، توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات این نظام می‌تواند نوید بخش جامعه‌ای سالم باشد. در این نظام زنان بیش از سایر اعضا در معرض آسیب هستند که یکی از آسیب‌های اساسی این نظام به ویژه در آغاز ازدواج، عدم رضایت زناشویی است (بایباخ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) نارضایتی زناشویی و طلاق را بعد از مرگ ناگهانی، از مهمترین عوامل تنیدگی و فشارزا در خانواده می‌دانند. مشکلات زناشویی در همه ازدواج‌ها حداقل در زمان‌هایی پس از ازدواج وجود دارد. در این زمان‌ها فشارهای عاطفی و عوارض جسمانی و روانی بسیاری بر زنان وارد می‌شود که با مداخلات به موقع تا حد زیادی می‌توان آنها را کاهش داد. بنابراین، توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات این نظام می‌تواند نوید بخش جامعه‌ای متعالی باشد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۴). ارتباط انسان با جهان همواره مستقیم و به دور از تأثیر عوامل ذهنی نیست، بلکه ساختارهای ذهنی بر قوانین حاکم بر ادراک و نیز مرزها و محدودیت‌های حاکم بر

1. Edalati A. Redzuan M.

2. Beyebach, M.

3. Goldenberg, I., & Goldenberg, H.

کنش‌های ذهن در فرایند ارتباط ذهن با جهان خارج دخالت می‌کنند و به یکی از پیامدهای متداول در بعد اجتماعی، یعنی سوء تفاهم در روابط بین فردی منجر می‌شوند (همامسی و بیوکوترک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

به اعتقاد بسیاری از نظریه پردازان، شمار زیادی از واکنش‌های نامطلوب و اختلال‌ها ناشی از باورها و تفکرات غیرمنطقی و غیرعقلانی است و تا زمانی که این گونه افکار تداوم یابند مشکلات مربوط به ارتباط، پذیرش و همراهی با دیگران نیز ادامه خواهند یافت. بدین ترتیب، بسیاری از مشکلات انسانی را می‌توان زاده باورها و تفکرات خیالی و بی معنا دانست (الیس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). باورهای ارتباطی به هر نوع فکر، هیجان یا رفتاری که موجب تخریب نفس و از بین رفتن خود می‌شود اطلاق می‌گردد و پیامدهای مهم آن اختلال در خوشحالی، شادمانی و تندرستی است (الیس، ۱۹۸۸). این باورها، باورهای هستند که بر الزام، اجبار و جزم اندیشی تأکید دارند و مانع سلامت فکر و روان و سالم سازی محیط فردی و اجتماعی می‌شوند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۲). یکی از عوامل موثر بر تعارضات زناشویی را می‌توان به باورهای غیرمنطقی زوجین مرتبط دانست. از نظر ویکس<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) برای درمان تعارضات زناشویی بهترین راه، کار کردن روی باورهای ناکارآمد زوجین و تغییر دادن آن‌هاست (ویکس، ۲۰۰۱).

منظور از باورهای ارتباطی<sup>۴</sup>، عقیده یا ذهنیتی است که زن و شوهر نسبت به ارتباط زناشویی خود دارند و آن را به منزله واقعیت پذیرفته‌اند. منظور از باورهای ارتباطی ناکارآمد، آن دسته از باورها و تفکرات غیرمنطقی است که مختص رابطه زناشویی است و در اثر استفاده افراطی، ایجاد مشکل نموده است. که شامل؛ الف (باور به تخریب کنندگی مخالفت<sup>۵</sup>، که به معنای عدم پذیرش، ناراحتی و تفسیر منفی اختلاف نظرها

1. Hamamci, Z., & Biyokozterk, S.

2. Ellis, A.

3. Weeks, G. R

4. communication Beliefs

5 disagreement is destructive

است. ب) باور به عدم تغییرپذیری همسر<sup>۱</sup>، یعنی اعتقاد به عدم قابلیت همسر در تغییر دادن رفتارها و تکرار آنها در آینده است. پ) توقع ذهن خوانی<sup>۲</sup>، انتظار اینکه بدون نیاز به گفتن و اظهار کردن، فرد باید احساسات و افکار و نیازهای همسر خود را بداند. ت) کمال گرایی جنسی<sup>۳</sup>، انتظار از همسر که در همه شرایط، در برقراری رابطه جنسی کامل و بی نقص باشد. و ث) باور به تفاوت های جنسیتی<sup>۴</sup>، که باورهای قالبی هستند که اساس علمی ندارند و مردم پیشاپیش ویژگی های خاصی را به دو جنس نسبت می دهند) آیدلسون و اپشتاین<sup>۵</sup>، ۱۹۸۲).

رضایت زناشویی<sup>۶</sup> یک جنبه بسیار مهم و پیچیده از یک رابطه زناشویی است. به عبارت دیگری از جنبه های حیاتی یک سیستم زناشویی، رضایتی است که همسران در رابطه خویش احساس و تجربه می کنند (گرچف، جان و هلسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). رضایت زناشویی، یعنی انطباق بین انتظاراتی که فرد از زندگی زناشویی دارد و آن چه در زندگی خود نیز تجربه می کند، نیز می باشد (مادانز<sup>۸</sup>، ۱۹۸۱). با این حال آمار طلاق که معتبرترین شاخص نارضایتی در روابط زناشویی است، نشان می دهد که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست. بلکه ایجاد آن نیاز به تلاش زوجها دارد (لین و راگوبیر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). به منظور افزایش رضایت زناشویی و باورهای ارتباطی رویکردهای درمانی بسیاری وجود دارد که رویکرد درمانی پذیرش و تعهد<sup>۱۰</sup> یکی از آن هاست. آشکارا این رویکرد، تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن ها را می پذیرد (هیز، لوما، بوند، ماسودا و لیز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶). در ACT هدف این است که افراد بیاموزند وقایع درونی

1 partners cannot change.

2 mind reading is expected.

3. sexual perfectionism.

4. the sexes are different.

5. Eidelson, R. J., & Epstein, N.

6. marital satisfaction.

7. Gorchoff, S. M., & John, O. P.

8. Madanes, C.

9. Lin, Y. C., & Raghbir, p.

10. acceptance and commitment Therapy.

11 Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J.

شان مخصوصاً آنهایی را که نمی‌خواهند، قضاوت نکنند و بپذیرند (هیز و لیز، ۲۰۱۲).  
 اصول زیربنایی آن شامل: ۱- پذیرش، یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای  
 آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها ۲- عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به  
 عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در  
 تعامل با دیگر وابستگی‌های غیر کلامی به شیوه‌ای که منجر به کارکرد سالم می‌شود. این  
 روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و  
 روش‌هایی چون آموزش مراقبت ذهنی است (والیس، راگیرو، گرین، جونز، زینمان و  
 همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی، افکار،  
 احساسات و... افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (کانتر، باروچ و  
 گاینور<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). ایجاد انعطاف‌پذیری روانی یکی از هدف‌های این رویکرد است؛ یعنی  
 ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب تر باشد نه این که  
 عملی تنها جهت اجتناب از افکار و احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام  
 یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فرمن و هربرت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). بنابراین هدف اصلی در این  
 رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم براو  
 ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنی دار برای خود ایجاد نماید. (ایفرت و فورسیس<sup>۴</sup>،  
 ۲۰۰۶). بیشتر مراجعان در نهایت می‌خواهند کیفیت زندگی خود را افزایش دهند (هیز و  
 لیز، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش  
 شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی تاکید می‌کند (هیز و لیز، ۲۰۱۲).

براون و رایان<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است به

1 - Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., & Rossi, S.

2. Kanter, J. W., Baruch, D. E., Gaynor, S. T.

3. Forman, E. M., & Herbert, J. D.

4. Eifert, G., & Forsyth, J.

5. Brown, K.W., & Ryan, R. M.

مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود. به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آن ها می تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی (براون و رایان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). کاهش در سطح اضطراب (زیدان، جانسون، دیاموند<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) کاهش پریشانی روان شناختی (استافین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) و انعطاف پذیری روان شناختی (هیز، ۲۰۰۴) را به دنبال دارد.

علیرغم اهمیت رضایت زناشویی و باورهای ارتباطی در تحکیم روابط زناشویی، تاکنون پژوهش های اندکی، مخصوصاً در حوزه باوره های ارتباطی زوجین ناسازگار، انجام شده است. در این پژوهش، روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان های جدید موج سوم در حوزه شناختی است که می تواند بر باورهای ارتباطی زوجین، که از عوامل موثر بر رضایت زناشویی و تحکیم روابط زناشویی محسوب شود به کار گرفته شود و اثربخشی آن مورد آزمایش قرار گیرد. بنابراین با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکر شده، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اصلاح باورهای ارتباطی و افزایش رضایت زناشویی زنان ناسازگار می باشد.

## روش پژوهش

طرح تحقیق در این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان ناسازگار مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه حکیم سبزواری در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه گیری در این پژوهش به روش هدفمند انجام شد. بدین صورت که از بین زنان ناسازگار مراجعه کننده به مرکز مشاوره

1 Brown & Ryan.

2 Zeidan, F., Johnson, S. K. Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P.

3 Ostafin, B. D.

دانشگاه حکیم، تعداد ۳۰ زن ناسازگار که در پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و باورهای ارتباطی ایدلسون و اسپین، نمرات پایینی کسب کرده بودند انتخاب و بعد از همتاسازی (از نظر سن، مدت زمان ازدواج) به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند.

ملاک‌های ورود و خروج در طرح پژوهش عبارت بودند از: عدم درمان‌های روانشناختی حداقل یک ماه قبل از ورود به پژوهش، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای فرم رضایت نامه کتبی و دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم برای زنان، زنانی که بر حسب تشخیص روانپزشک مرکز دارای یکی از اختلالات روانی حاد بودند و زنانی که از ابتدای روابط زناشویی هیچ علاقه‌ای به همسرشان نداشتند از فرایند پژوهش خارج شدند.

برنامه درمانی رویکرد پذیرش و تعهد با تاکید بر دستورالعمل‌ها در طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی در گروه آزمایش انجام شد. هر دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از اجرای روش درمانی، پرسش نامه رضایت زناشویی انریچ و باورهای ارتباطی را تکمیل کردند. مداخلات درمانی مربوط به رویکرد پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل درمانی وُلوز و سارل<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) انجام شد. پروتکل درمانی تدوین شده به اختصار زیرارایه شده است.

### جلسه اول

برقراری رابطه درمانی، آشنایی با اعضای گروه، دادن توضیحاتی درباره چهار چوب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم سازی مشکل مراجعین، آماده سازی زنان ناسازگار و کسب تعهد برای شرکت در جلسات درمان، شناسایی اهداف و نیازها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر و اجرای پیش آزمون.

### جلسه دوم

توصیف برنامه تغییر مراجع و کارایی آن، ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، در این مرحله به بررسی پاسخ به این سوال‌ها می‌پردازیم، مراجع تاکنون چه تلاشهایی انجام داده است؟ آیا این تلاشهای موثر بوده است؟ این سوال‌ها با این هدف که مراجع را دچار درماندگی خلاق کنیم پرسیده می‌شود. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

### جلسه سوم

کمک به زنان ناسازگار برای تشخیص کنترل وقایع شخصی، افکار، خاطرات و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

### جلسه چهارم

توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش، به مراجع آموزش می‌دهیم پذیرفتن تسلیم شدن نیست بلکه به جای اجتناب از رویدادهای منفی مراجع، تغییرات بی حاصل کنترل مسأله را کنار بگذارد. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

### جلسه پنجم

آموزش قدم‌های پذیرش با توضیح مفاهیم اشتیاق و موانع، بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، جداسازی شناختی به نحوی که مراجع بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.



### جلسه ششم

توضیح مفاهیم نقش و زمینه، خود به عنوان زمینه (ایجاد خود مشاهده گر)، آموزش دادن جایگزینی خود واقعی مراجع به جای خود مفهوم سازی شده، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. زنان ناسازگار آموزش می‌بینند تا با افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

### جلسه هفتم

روشن نمودن ارزش‌های مراجع، توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها. در واقع ارزش‌ها توصیفاتی هستند از آنچه که برای مراجع مهم است و نیز جهتی که فرد می‌خواهد به سمت این ارزش‌ها حرکت کند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

### جلسه هشتم

آموزش تعهد به عمل، ایجاد تعهد برای عمل به آنها، مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس آزمون.

### ابزار پژوهش

#### ۱- پرسش نامه رضایت زناشویی انریچ<sup>۱</sup>

این پرسشنامه به عنوان يك ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات متعددی برای رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. اولسون این پرسشنامه را برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده و معتقد است که این مقیاس به تغییراتی مربوط می‌شود که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد و همچنین در این خصوص به تغییراتی که در

1 Evaluating, Nurturing, Relationship Issues, Communication & Happiness (ENRICH).

خانواده به وجود می‌آید حساس است. هریک از موضوع‌های این پرسشنامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های يك رابطه زناشویی است که می‌تواند مشکلات بالقوه زوج‌ها را توصیف کند یا می‌تواند زمینه‌های نیرومند و تقویت آنها را مشخص نماید. این پرسشنامه ۴۷ سؤال دارد که سطح رضایت مندی زوج‌ها از زندگی زناشویی را ارزیابی می‌کند. همچنین از دوازده خرده مقیاس تشکیل شده که شامل پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج، بچه‌ها، بازنشستگان و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری و جهت‌گیری عقیدتی است. این ابزار با استفاده از مقیاس درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج (۱=کاملاً مخالف، ۵=کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود حداکثر نمره آزمودنی در این ابزار برابر با 235 است. اولسون و السون<sup>۱</sup> (۱۹۷۷) اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفا کرانباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. در ایران نیز سلیمانیان (۱۳۷۳) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی تفکرات غیرمنطقی بر رضایت زناشویی" پایایی این آزمون را از طریق آلفا کرانباخ محاسبه کرد که مقدار ۰/۹۳/یدست آمد.

## ۲- پرسشنامه باورهای ارتباطی<sup>۲</sup> (RBI)

این مقیاس ۶۰ سؤالی اولین بار توسط ایدلسون و اپستین<sup>۳</sup> (۱۹۸۱) به منظور اندازه‌گیری باورهای ارتباطی در زندگی زناشویی ساخته شد و مظاهری و پوراعتماد (۱۳۸۲) آن را به فارسی برگرداندند.

در این پژوهش، پرسش‌نامه ۴۰ سؤالی مورد استفاده قرار گرفت که هر سؤال در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و دارای ۵ خرده مقیاس است که پنج باور

1. Olson, D. H., Olson, A.

2. relationship beliefs inventory.

3 Eidelson, R. J., & Epstein, N.

ارتباطی ناکارآمد را می‌سنجد که عبارتند از:

- باور به تخریب‌کنندگی مخالفت: به معنای عدم پذیرش، ناراحتی و تفسیر منفی اختلاف نظرها.
- باور به عدم تغییرپذیری همسر: اعتقاد به عدم قابلیت همسر در تغییر رفتارها و تکرار آنها در آینده.
- توقع ذهن خوانی: انتظار اینکه بدون نیاز به گفتن و اظهار کردن فرد باید احساسات، افکار و نیازهای همسر خود را بداند.
- کمال‌گرایی جنسی: انتظار از همسر در ایجاد رابطه جنسی تام و تمام در همه شرایط بدون توجه به شرایط وی.
- باور در مورد تفاوت‌های جنسی: عدم درک صحیح از تفاوت‌های شناختی و فیزیولوژیکی و انتظار یکسان از زن و مرد یا تفاوت‌های مادرزادی را علت اختلافات دانستن.

ایدلسون و اسپین (۱۹۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ پنج زیرمقیاس این آزمون را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ گزارش کردند. پایایی این پرسش‌نامه با روش بازآزمایی ۰/۸۱ بدست آمده است. نسخه فارسی این ابزار توسط مظاهری و پوراعتماد (۱۳۸۰) تهیه شده است که در آن آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۷۵ می‌باشد. دهشیری (۱۳۸۴) در پژوهش خود آلفای کرونباخ با همسانی درونی این آزمون را ۰/۷۸ گزارش کرده است.

#### یافته‌ها:

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک دوروش آمار توصیفی (جدول، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (روش تحلیل کواریانس) انجام شد.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت زناشویی و باورهای  
ارتباطی زنان ناسازگار به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون
رضایت زناشویی	گروه	میانگین	انحراف معیار
	آزمایش	۱۲۳/۲۲	۱۶/۳۵
باورهای ارتباطی	گروه	میانگین	انحراف معیار
	آزمایش	۱۱۹/۵۸	۱۷/۹۵
رضایت زناشویی	گروه	میانگین	انحراف معیار
	کنترل	۱۱۲/۳۰	۴/۱۹
باورهای ارتباطی	گروه	میانگین	انحراف معیار
	کنترل	۱۰۵/۵۱	۴/۱۶

همان طور که در جدول (۱) مشاهده می شود میانگین در پس آزمون در رضایت زناشویی (۱۵۴/۰۳) به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است و میانگین نمره باورهای ارتباطی (۹۶/۵۰) به طور قابل ملاحظه ای کاهش یافته است.

برای تعیین معنی داری تفاوت های موجود بین میانگین های هر دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. از آن جایی که یکی از پیش فرض های استفاده از این آزمون همسانی واریانس ها است، در ابتدا با استفاده از آزمون لوین<sup>۱</sup> این پیش فرض بررسی شد. در جدول (۲) نتایج این بررسی آمده است.

جدول (۲) نتایج آزمون Levin در خصوص پیش فرض برابری واریانس های نمرات باورهای ارتباطی

آزمون	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری (P)
Levin	۱	۳۰	۰/۴۴۵	۰/۰۵

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می شود، پیش فرض تساوی واریانس های نمرات در متغیر باورهای ارتباطی در دو گروه آزمایش و کنترل تایید گردید. بنابراین فرض صفر یعنی همگنی واریانس ها پذیرفته می شود ( $P > 0/05$ ) و آزمون تحلیل کواریانس مقذور است.

1 Levin.

جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس درمان ACT بر اصلاح باورهای  
ارتباطی زنان ناسازگار در گروه آزمایش و کنترل

گروه	SS	D.F	MS	F	توان آزمون
پس آزمون	۱۰۳۲۸/۶۴	۱	۱۰۳۲۸/۶۴	۲۱۳/۱۲	۱/۰۰
پیش آزمون	۹۴۳/۹۲	۲۶	۹۴۳/۹۲	۱۸/۸۳	۰/۹۹
جمع	۱۱۲۷۲/۵۶	۲۷		۲۳۱/۹۷	

براساس نتایج به دست آمده از جدول شماره (۳) پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معناداری بین آزمودنی‌ها ( $F=213/12, P<0/05$ ) در گروه وجود دارد. با عنایت به معنا دار شدن تفاوت بین میانگین‌ها با  $0/99$  اطمینان می‌توان گفت که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اصلاح باورهای ارتباطی زنان ناسازگار مؤثر بوده است.

جدول (۴). نتایج آزمون Levin در نمرات رضایت زناشویی زنان ناسازگار در گروه آزمایش و کنترل

آزمون	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری (P)
Levin	۱	۳۰	۰/۳۵	۰/۰۵

همان طور که در جدول شماره (۴) مشاهده می‌شود، پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات در متغیر رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل تایید شد. ( $P > 0/05$ ) بنابراین فرض صفر یعنی فرض همسانی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود و آزمون تحلیل کواریانس مقدر است.

جدول (۵). نتایج تحلیل کواریانس درمان ACT بر رضایت  
زناشویی زنان ناسازگار در دو گروه آزمایش و کنترل

درجه آزمون	میانگین مجزورات	F	معناداری (p)	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۵۱۷۹/۵۴	۳۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۷۶
عضویت گروهی	۸۹۷۴/۷۸	۷۱/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۸۸
خطا	۱۱۷/۵۷				

براساس نتایج به دست آمده از جدول شماره (۵) اثر معناداری بین آزمودنی‌ها (۰/۰۰۱) در گروه وجود دارد با عنایت به معنادار شدن تفاوت بین میانگین‌ها با  $F=71/19, P<0/99$  می‌توان گفت که یعنی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی زوجین مؤثر بوده است.

جدول (۶). نتایج تحلیل کواریانس درمان ACT بر مولفه‌های رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل

توان آماری	مجذوراتا	معناداری (p)	ضریب f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	
۱	۰/۶۸	۰/۰۰۱	۳۲/۸۳	۱۷۹/۸۶	۱	رضایت زناشویی
۰/۹۳	۰/۵۱	۰/۰۲	۱۶/۵۱	۷۶/۳۷	۱	ارتباطات
۰/۴۲	۰/۲۶	۰/۵۰	۲/۹۹	۱۳/۰۱	۱	مدیریت مالی
۰/۳۸	۰/۲۳	۰/۴۶	۲/۹۸	۱۴/۶۷	۱	اوقات فراغت
۰/۳۶	۰/۲۹	۰/۲۱	۲/۳۸	۴۸/۳۲	۱	روابط جنسی
۰/۴۱	۰/۳۳	۰/۴۹	۲/۱۷	۱۲/۹۴	۱	وظایف والدینی
۰/۲۲	۰/۱۹	۰/۸۷	۲/۸۳	۱۰/۱۱	۱	اقوام و دوستان
۰/۹۵	۰/۴۳	۰/۰۴	۱۰/۷۱	۳۵/۹۴	۱	جهت گیری عقیدتی
۰/۹۸	۰/۷۳	۰/۰۰۵	۱۴/۳۲	۵۲/۲۶	۱	موضوعات شخصیتی
۰/۹۲	۰/۶۴	۰/۰۰۱	۲۶/۰۲	۱۱۹/۸۲۳	۱	حل تعارض

برای بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های رضایت زناشویی از تحلیل کواریانس استفاده شد. براساس نتایج به دست آمده از جدول (۶)، روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معناداری بر مولفه‌های رضایت زناشویی ( $F=32/83, P<0/001$ )، ارتباطات ( $F=16/51, P<0/02$ )، موضوعات شخصیتی ( $F=14/32, P<0/005$ )، حل تعارض ( $F=26/02, P<0/001$ )، جهت گیری عقیدتی ( $F=10/71, P<0/04$ ) دارد. یعنی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش مولفه‌های رضایت زناشویی زوجین مؤثر بوده است و بر مولفه‌های اقوام و دوستان ( $F=2/83, P<0/87$ ) و وظایف والدینی ( $F=2/17, P<0/49$ ) اوقات فراغت ( $F=2/46, P<0/46$ )،

$F=2/98P<$  روابط جنسی ( $F=2/38, P< 0/21$ ) و مدیریت مالی ( $F=2/99, P< 0/50$ ) اثر معناداری نداشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اصلاح باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه حکیم سبزواری بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش اثر معناداری دارد. بر اساس جستجوهای پژوهشگر، پیشینه پژوهشی در رابطه با موضوع پژوهش بسیار اندک بوده و تحقیقی که مستقیماً در حوزه درمان پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی انجام گرفته باشد مشاهده نشد. بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش و ادبیات پژوهشی مرتبط با متغیرهای پژوهش به تبیین یافته‌ها و نتایج پژوهش می‌پردازیم.

یافته‌های پژوهش نشان داد که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اصلاح باورهای ارتباطی و افزایش رضایت زناشویی زنان ناسازگار موثر بوده است. به عبارت دیگر زنان ناسازگار که این مداخلات را دریافت کردند نسبت به گروه کنترل که این مداخلات را دریافت نکردند تفاوت معناداری در نمره‌های آن‌ها مشاهده شد. مداخله درمانی توانست به طور قابل ملاحظه‌ای باورهای ناکارآمد ارتباطی زنان ناسازگار از جمله، عدم مخالفت زوجین با یکدیگر، عدم تغییر پذیری همسر، ذهن خوانی، کمال‌گرایی جنسی را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد.

نتایج این پژوهش با یافته‌های بدست آمده از پژوهش‌های مولر و وانزیل<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) استاکرت و بوسیک<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) که نشان دادند بین باورهای ارتباطی غیر منطقی با سازگاری

1 Moller, A. T., & Vanzyl, P. D.

2 Stackert R., & Bursik, K.

زناشویی و رضایت زناشویی در زنان و مردان متأهل ارتباط وجود دارد و یافته‌های نیکل<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) که معتقد است بسیاری از مشکلات زناشویی ناشی از سوء تفاهم و باورهای ارتباطی غیر مؤثر است که نتیجه‌ی آن احساس ناکامی و خشم به خاطر عدم برآورده شدن نیازها و خواسته‌های زن و شوهر در زندگی زناشویی می‌شود. هماهنگ است. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش‌های عباسی (۱۳۹۲) رمزی (۱۳۹۳) اسماعیل پور (۱۳۹۲) کیوان پور، لطفی کاشانی (۲۰۱۴) رجبی (۱۳۹۲) عاشوری (۱۳۹۲) چانگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) هماسی (۲۰۰۵) همسو و هماهنگ می‌باشد..

بی تردید بسیاری از مشکلات روانی ریشه در باورها و افکار غیر منطقی و غیر واقعی در مورد خود، دیگران و جهان پیرامون دارد. این باورها دارای هدف‌ها یا خواسته‌هایی هستند که به شکل اولویت‌ها و ترجیح‌هایی ضروری نمود پیدا می‌کنند و در صورت برآورده نشدن، موجب آشفتگی می‌شوند. از آن جا که نقش مشکل آفرین باورهای ارتباطی غیر منطقی در روابط زوج‌ها در تحقیقات مختلف (سچمن و پاستور<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ جانسون، هوگارد و بندسن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱) به خوبی نشان داده شده است؛ می‌توان انتظار داشت که با ایجاد تغییرات مثبت در باورهای ناکارآمد ارتباطی زوجین، گام مهمی در جهت حل تعارضات زناشویی زوجین برداشت. طبیعی است که این امر به نوبه‌ی خود عامل مهمی در جهت تأمین و ارتقای صمیمیت و رضایت زناشویی محسوب می‌گردد.

همام چی (۲۰۰۵) در پژوهشی بر نقش باورهای ارتباطی در تعارضات زناشویی تاکید می‌کند و معتقد است که باورهای ارتباطی زوجینی که سازگاری متعال کمتری داشتند نسبت به زوجین سازگارتر، باورهای ارتباطی بیشتری داشتند.

سایر صاحب نظران (دیویدسون، ریچمن و لسپرنس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴) نشان داده‌اند که

1. Nickl, T. K.

2. Chang, S. L.

3 Shechtman, Z., & Pastor, R.

4. Jonsson, H., Hougaard, B., & Bennedsen, E.

5. Davidson, K. W., Rieckmann, N., & Lespérance, F.



چسبیدن به باورهای غیرمنطقی توسط یکی یا هر دو شریک زندگی به ناراحتی و نارضایتی زناشویی می‌انجامد. بی‌تردید بسیاری از مشکلات روانی ریشه در باورها و افکار غیرمنطقی و غیرواقعی در مورد خود، دیگران و جهان پیرامون دارد. این باورها دارای هدف‌ها یا خواسته‌هایی هستند که به شکل اولویت‌ها و ترجیح‌هایی ضروری نمود پیدا می‌کنند و در صورت برآورده نشدن، موجب آشفتگی می‌شوند.

در تبیین و تشریح اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر اصلاح باورها می‌توان اشاره نمود که در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های پیرامون ارزش‌ها، باورها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به اصلاح باورهای ارتباطی در زنان ناسازگار شد. در این درمان، هدف از تاکید زیاد بر تمایل زنان ناسازگار به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار و باورهای آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد آنها آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند. در واقع به افراد آموزش داده شد چگونه از افکار و باورهای آزار دهنده‌هایی یابند. در نتیجه باورهای ارتباطی زوجین اصلاح شد.

روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش مولفه‌های رضایت زناشویی موثر بوده است. از آنجا که تمرکز اصلی این رویکرد بر پذیرش تجارب ذهنی افکار، احساسات هر یک از زوجین متعارض است و از این طریق اعمال کنترلی نامؤثر کاهش می‌یابد، زوجین قادرند خودشان را آنگونه که هستند با تمام افکار مثبت و منفی بپذیرند و در مورد همدیگر قضاوت نکنند و همدیگر را بپذیرند. هر یک از زوجین با پذیرش و کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی، ناگزیر بر آن‌ها وارد کرده به سمت یک زندگی پر بار و معنی دار حرکت کرده و یک زندگی آرام برای خودشان رقم بزنند و از این طریق رضایت زناشویی خود را افزایش دهند. درمان تعهد و پذیرش که متضمن حل مسئله شناختی- رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش

بی قید و شرط مشکل (اختلال) است، باعث می شود که افراد مهارت های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که زوجین دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نارزنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده می شود بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می گذارد. آموزش شیوه های مختلف چالش با افکار غیر منطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در درمان تعهد و پذیرش، گسلش شناختی نام دارد با تأثیر بر روی این جنبه ها می تواند در نهایت بر رضایت زناشویی زوجین تأثیر گذار باشند.

در تبیین نتایج پژوهش می توان به پژوهش سیوچی، فاتحی زاده، احمدی و اعتمادی (۱۳۹۳) اشاره کرد. آنها در پژوهش خود نشان دادند که رویکرد درمانی پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی و ابعاد آن موثر است. همچنین نتایج مطالعه موردی برنان، پیترسون جرج، ایفرت و سارا (۲۰۱۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری و رضایت زناشویی و کاهش ناراحتی فردی و روانی در زوجین می شود.

روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه های اقوام و دوستان، وظایف والدینی، اوقات فراغت، روابط جنسی و مدیریت مالی موثر نبوده است. در تبیین این بخش از یافته پژوهش می توان اشاره کرد که شاید یکی از دلایل عدم اثربخشی این رویکرد کوتاه بودن مدت زمان درمان گروهی ACT بر روی زنان ناسازگار باشد. در حالیکه بر مولفه های دیگر رضایت زناشویی که شامل مولفه های رضایت زناشویی، ارتباطات، موضوعات شخصیتی، حل تعارض و جهت گیری عقیدتی اثربخش بوده است. گرچه آموزش زنان ناسازگار در خصوص پذیرش، گسلش و ارتباط با زمان حال مهم است اما ACT یک رفتار درمانی است و به همین دلیل باید به مراجع کمک کند چگونه حرکت

کند و یک زندگی هدفمند و غنی تر بسازد (هیزو استروسال، ۲۰۱۰). بدیهی است در پایان این درمان با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی زنان ناسازگار، نگرش آنها درباره تعارضات زناشویی تغییر پیدا کرد. و تعارضات زناشویی کاهش پیدا کرد. در بعد ارتباطات زناشویی، درمان مبتنی بر ACT در گروه آزمایش، تاثیر معنی دار داشته است. این مقیاس احساسات، نگرش‌ها و اعتقادات شخص نسبت به میزان و چگونگی روابط زناشویی را می‌سنجد. در واقع فرایندهای گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به زنان ناسازگار کمک کرد که مسئولیت برای تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان که لازم باشد تغییر و پافشاری کنند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به کوتاه بودن مدت دوره روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و عدم دوره پیگیری ۶ ماهه در گروه آزمایش اشاره کرد که ممکن است نتایج تحقیق را متاثر سازد. پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این رویکرد در حوزه‌های دیگر زندگی زناشویی مورد سنجش قرار گیرد. در نهایت امید است تا نتایج پژوهش حاضر بتواند در مراکز مشاوره و کلینیک‌های درمانی در جهت کمک به زنان ناسازگار مورد استفاده قرار گیرد.

## منابع

- اسماعیل پور، خ.، خواجه، و.، مهدوی، ن. (۱۳۹۲). پیش‌بینی رضایت زناشویی همسران بر اساس باورهای ارتباطی و مهارت‌های ارتباطی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۹ (۳۳)، ۴۴-۲۵.
- پروین، ن.، فاطمی، آ.، امینیان، ف.، وردنجانی، ل. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر وضعیت رضایت زناشویی پرسنل پرستاری زن شاغل در بیمارستان هاجر(س) شهر کرد. یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۹ (۱)، ۴۶-۳۷.
- جانباز فریدونی، ک.، تبریزی، م.، نوابی نژاد، ش. (۱۳۸۷). اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت خودنظم بخشی بر افزایش رضایت زناشویی مراجعان درمانگاه فرهنگیان شهرستان بابلسر. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۴ (۱۵)، ۲۲۹-۲۱۳.
- خسته، ا. (۱۳۹۱). راهبردهای جدید در خانواده درمانی. چاپ دوم، تهران: انتشارات ارجمند.
- دهسیری، غ.، ادیب راد، ن.، ادیب راد، م.، مهدوی، ا. (۱۳۸۴). مقایسه باورهای ارتباطی زنان مراجعه کننده به مراکز قضایی و زنان مایل به ادامه زندگی مشترک شهر تهران. خانواده‌پژوهی، ۱ (۲)، ۱۳۹-۱۳۱.

- رجیبی، غ.، ایمانی، م.، خجسته مهر، ر.، بیرامی، م.، بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۲). بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگرینگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۶)، ۶۱۹-۶۰۰.
- رمزی اسلامبولی، ل.، علیپور، ا.، شاملو، ا.، زارع، ح. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی گروه درمانی بر اساس رویکرد واقعیت درمانی بر بازسازی باورهای ارتباطی در زنان شاغل متأهل شهر مشهد. *مجله خانواده پژوهشی*، ۱۰(۴۰)، ۴۹۳-۵۰۹.
- سبوحی، ر.، فاتحی زاده، م.، احمدی، ا.، اعتمادی، ع. (۱۳۹۳). تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و ابعاد آن. *اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم رفتاری*. ۱۱-۱.
- سلیمانیان، ع. (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین افکار غیرمنطقی و رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه تربیت معلم تهران.
- شفیعی آبادی، ع.، ناصری، غ. (۱۳۹۲). نظریه‌های مشاوره و روان درمانی. چاپ نوزدهم، تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
- عاشوری، ج.، منشی، غ. (۱۳۹۲). اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر سطح رضایت زناشویی زنان. *مجله زن و مطالعات خانواده*، ۵(۱۹)، ۱۵۴-۱۳۳.
- عباسی، س.، سید علی، ک.، قنبری هاشم آبادی، ب. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری-تلفیقی و رفتاری شناختی روی باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق. *مجله پژوهشهای نوین روان شناسی- روان شناسی*، ۸(۳۱)، ۷۲-۵۳.
- مشتاقی، م. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش انسان گرایی بر باورهای ارتباطی، رضایت زناشویی و شادکامی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و فرهنگسراهای شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- مظاهری، م.، پوراعتماد، ح. ر. (۱۳۸۲). مقیاس باورهای ارتباطی. پژوهشکده خانواده، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- نریمانی، م.، علمداری، ا.، ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان ناباور. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴(۳)، ۴۰۴-۳۸۷.
- Bagarozzi, D. A. (2001). Enhancing a family counselor: A clinicians handbook. Brunner-Rout-Ledge.
- Baruch, D., Kanker, J., Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*. 8 (3): 241-257.
- Baruch, D., Kanker, J., Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*. 8 (3): 241-257.
- Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused family therapy: A provision roadmap. *Journal of Systemic Therapies*. 28(3): 18-35.
- Blackledge, T., Hayes, S. (2001). Emotion regulation in acceptance and

- commitment therapy. *Journal of Psychotherapy In Practice*. 57(2): 243-255.
- Blum, T. W. (2006). *Becoming a family counselor: A bridge to family therapy, theory and practice*. Hoboken, NJ, USA: Wiley.
  - Brennan, D. P., Georg, H., Eifert, F., Sarah, D. (2014). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A case study with two couples. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice* 16: 430-442.
  - Brown, K.W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Acceptance and commitment training and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84(22), 822-848.
  - Chang, S. L. (2008). Family background and marital satisfaction of newlyweds. generational transmission of relationship interaction patterns. unpublished master's thesis, California State University.
  - Crawford, M., Unger, R. (2004). *Women and Gender: A Feminist Psychology*. 4th edition York, NY, USA: Mc GRAW-Hill.
  - Davidson, K. W., Rieckmann, N., Lespérance, F. (2004). Psychological theories of depression: Potential application for the prevention of acute coronary syndrome recurrence. *Journal of Psychosomatic Medicine*. 66:165-173.
  - Edalati, A., Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science*. 6(4):132-137.
  - Eidelson, R. J., Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50: 715 - 720.
  - Eidelson, R. J., Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50: 715-720.
  - Eifert, G., Forsyth, J. (2006). Acceptance & commitment therapy for anxiety disorder: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. *Journal of Contempr Psychotherapy*. 36: 191-192.
  - Ellis, A. (1988). *Overcoming Procrastination*. New York: New American Library.
  - Ellis, A. (2003). *Overcoming Resistance: A rational emotive behavior therapy in degraded approach* (2nd ed). New York: Springier.
  - Forman, E. M., Herbert, J. 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: 263-265.
  - Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2004). *Family Therapy* (5th Ed.). Peacock Publishers.
  - Gorchoff, S. M., John, O. P., Helson, R. (2008). Contextualizing change in marital satisfaction during middle-age: An 18-year longitudinal study. *Psychological Science*. 19: 1194-1200.
  - Hamamci, Z. (2005). Dysfunctional relationship beliefs in marital satisfaction & adjustment. *Social Behavior & personality: an International journal*. 87: 701-

954.

- Hamamci, Z. Biyokozterk, S. (2004). The interpersonal cognitive distortions scale: Development and psychometric characteristics. *Journal of psychological Reprts.* 95(1): 291-303.
- Harvey, J., Wenzel, A. Sprecher, S. (2004). The handbook of sexuality in close relationships. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, Relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy.* 35:639-665.
- Hayes, S. C. Lillis, J. (2011). Acceptance and commitment therapy)Theory and Psychotherapy). Amer Psychological Assn.
- Hayes, S. C., Lillis, J. (2012). Acceptance and mindfulness (theory and Psychotherapy). Amer Psychological Assn.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 44(1): 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. (2010). A Practical Guide to acceptance and commitment *Therapy*. New York: springer Science and Business Media Inc.
- Jonsson, H., Hougaard, B., Bennedsen, E. (2011). Dysfunctional beliefs in group and individual humanistic therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 25 (4): 483-489.
- 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. *The behavior analyst.* 29: 161-185.
- Keyvanpour, p. Lotfi kashani, F. (2014). The Impact of Acceptance-commitment therapy (ACT) in increasing rate of marital satisfaction in married women. *J. Educ. Manage. Stud.* 4 (3): 614-616.
- Lin, Y. C. Raghurir, p. (2005). Gender differences in unrealistic optimism about marriage and divorce: Are men more optimistic and women more realistic? *Personality and Social Psychology Bulletin.* 31: 198-207.
- Madanes, C. (1981). Strategic family therapy. San Francisco, CA: Jossey-Bass;
- Markman, H. L. Halford, W. K. (2005). International perspectives on couple relationship education. *Family Process.* 44: 139-146.
- Moller, A. T., Van Zyl, P. D. (1991). Relationships beliefs, interpersonal perception and marriage adjustment. *Journal of Clinical Psychology.* 47: 3-28.
- Nickl, T. K. (2006). The relationship between irrational belief and marital satisfaction. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in educational psychology. northern: Arizona.
- Olson, D. H., Olson, A. (1997). Enrich Canada. inc. *J Fam Mistry.* 11(4): 28.
- Ostafin, B. D. (2006). Acceptance and commitment training and the reduction of psychological distress: a Preliminary study. cognitive and behavioral practice. 13: 191-197.
- Schumacher, J. A. (2005). Husbands and wives marital adjustment verbal aggression and physical aggression as longitudinal predictor of physical

- aggression in early marriage. *Journal of counseling and clinical psychology*. 73(1): 463-473.
- Shechtman, Z., Pastor, R. (2012). Cognitive-behavioral and humanistic group treatment on couples relationship beliefs. *Journal of Counseling Psychology*. 52(3): 322-336.
  - Stackert R. Bursik K. (2003). Why am I unsatisfied? Adult attachment style, generated irrational relationship beliefs & young adult romantic relationship satisfaction. *Journal of Personality & Individual Differences*. 8(34): 1411-1419.
  - Taniguchi, S. T. Freeman, P. A., Taylor, S., Malcarne, B. (2006). A study of married couples' perceptions of marital satisfaction in outdoors recreation. *Journal of Experiential Education*. 28(3): 253-256.
  - Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*. 26(5): 1468-74.
  - Weeks, G. R, Treat, S. R. (2001). *Couples in treatment: techniques and approaches for effective practice*. (2nd Ed.) Brunner-Routledge.Taylor&Francis Group.USA.
  - Zeidan, F., Johnson, S. K. Diamond, B. J., David, Z., Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. 19(2): 597-605.

