

## تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زناشویی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی غیر منطقی و صمیمیت زنان

حکیمه خیری\*

مهناز خسروجاوید\*\*

رضا سلطانی شال\*\*\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زناشویی با رویکرد پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی غیر منطقی و صمیمیت زنان در شهر رشت پرداخت. جامعه آماری شامل زنان متأهل شهر رشت بوده و نمونه تحقیق نیز ۳۰ نفر زن متأهل دارای معیارهای ورود بوده که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود و جهت گردآوری داده از پرسشنامه بهزیستی ذهنی کی‌یز و ما گیارمو (۲۰۰۳)، مقیاس باورهای ارتباطی آدیلسون و ایشتاین (۱۹۸۲) و مقیاس صمیمیت اکسیس جی واکر و لیندا تامپسون (۱۹۸۳) استفاده شد. گروه آزمایش در قالب ۱۰ جلسه آموزش گروهی مهارت‌های زناشویی با رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه گواه، هیچ درمانی دریافت نکرد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. تحلیل داده‌های پس‌آزمون، نمرات بالاتری در بهزیستی ذهنی و صمیمیت و نمرات پایین‌تری در باورهای ارتباطی شرکت‌کنندگان را نشان داد. این تغییرپذیری داده‌ها آشکار ساخت که آموزش گروهی مهارت‌های زناشویی با رویکرد پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی و صمیمیت زنان اثربخش بوده است. می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی مهارت‌های زناشویی با رویکرد پذیرش و تعهد یک درمان مؤثر و قابل قبول برای بهبود بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی و صمیمیت است.

کلید واژگان: بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی غیر منطقی، صمیمیت، درمان پذیرش و تعهد، آموزش گروهی مهارت‌های زناشویی.

\* کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: m.hakimekheiry@yahoo.com)

\*\* دانشجویار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران. (mkhjauid.psyc@yahoo.com)

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران. (soltani.psy@gmail.com)

## مقدمه

وجود بهزیستی ذهنی<sup>۱</sup> و آرامش خیال تأثیر به‌سزایی در نحوه‌ی ارتباط، کارکرد و فعالیت زنان دارد. بهزیستی ذهنی زنان با توجه به نقش‌های مختلف نظیر تولیدمثل، پرورش کودک، پرورش خانواده و مراقبت از بستگان بیمار، بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرد. نتایج مطالعات نشان داده است که ۱۵ تا ۲۰ درصد زنان در دوران بارداری و یک سال پس از بارداری افسردگی را تجربه می‌کنند (هیگنس، توهی، مورفی و بگلی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). آن‌ها نسبت به مردان در حوادث تنش‌زا و مصیبت‌ها استرس روانی بیشتری تجربه می‌کنند و از راهبردهای متفاوتی برای بهبود سلامت ذهنی استفاده می‌کنند که بیشتر با مفاهیم هیجانی مراقبت مطابقت و ارتباط دارد (اکرکر و فوردهام<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). عوامل خطر ساز سلامت روان، مثل فقر، فقدان حمایت اجتماعی، خشونت خانگی، تجاوز، مسئولیت‌های اجرایی سنگین، عدم آموزش و پیش‌گیری از بیماری‌های روانی، زنان را بیشتر تهدید می‌کند (استاتلند<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). علاوه بر موارد ذکر شده خشونت علیه زنان که یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشت عمومی روان و سلامت ذهن است و رایج‌ترین آشکال آن شامل سوءاستفاده خانگی، خشونت جنسی، ازدواج اجباری در سن پایین و قاچاق زنان است. ۳۵ درصد زنان در سراسر جهان مورد خشونت جنسی شریک زندگی یا غیر شریک زندگی قرار می‌گیرند و ۳۹ درصد از زنان توسط شریک زندگی یا شرکای سابق خود به قتل می‌رسند (ارام، خلیفه و هاوارد<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). در واقع خشونت علیه زنان یک مسئله جدی اجتماعی است که پیامدهای منفی بر سلامت روان، عزت‌نفس، هویت فردی و رفاه و آسایش زنان به همراه دارد. زنانی که در معرض خشونت شریک صمیمی قرار می‌گیرند احتمال تجربه افسردگی و سوء مصرف الکل در آن‌ها دو برابر می‌شود. علاوه بر این خشونت علیه زنان تمام جنبه‌های زندگی زنان، سلامت و بهورزی و توانایی مراقبت از خود و فرزندان را در برمی‌گیرد و هم‌چنین تأثیرات غیر مستقیمی بر جامعه دارد به‌این ترتیب که عزت‌نفس، خودمختاری و توانایی آن‌ها را برای تفکر و عمل مستقل تضعیف می‌کند (کونار، نظامی و سرواستوا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳) و یکی از بازتاب‌های آن ایجاد باورهای ارتباطی غیرمنطقی در بین زوجین است که در روابط بین زوجین بسیار تأثیرگذار می‌باشد. باورهای ارتباطی غیرمنطقی از نظر ایدلسون و اپستاین<sup>۷</sup> (۱۹۸۲) عبارت‌اند از است: باور به تخریب‌کنندگی مخالفت<sup>۸</sup>، به این معنا که وجود اختلاف نظر در ارزش‌ها، نگرش‌ها، اهداف یا ترجیحات تهدیدی برای امنیت و رابطه دوستانه است و هم‌چنین نشان‌دهنده کمبود عشق و یا حتی علامت طلاق قریب‌الوقوع است؛ باور به ذهن‌خوانی<sup>۹</sup>، به این مفهوم که کسانی که واقعاً یکدیگر را می‌شناسند باید بتوانند بدون برقراری ارتباط آشکار و بیرونی، نیازها و علایق هم‌دیگر را احساس کنند؛ باور به تغییرناپذیری همسر<sup>۱۰</sup>، به این معنا که همسران قادر به تغییر خود یا تغییر کیفیت روابطشان نیستند و باور به تکرار رفتارها در آینده

۱. mental wellbeing

۲. Higgins, Tuohy, Murphy & Begley

۳. Akerkar & Fordham

۴. Stotland

۵. Oram, Khalifeh & Howard

۶. Kunar, Nizamie, & Srivastava

۷. Eidelson & Epstein

۸. disagreement is destructive

۹. mind reading is expected

۱۰. partner cannot change

است؛ باور به کمال‌گرایی جنسی<sup>۱</sup>، به این معنا که فرد باید یک شریک جنسی تمام‌عیار و بی‌عیب باشد؛ باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی<sup>۲</sup>، نداشتن درک صحیح از تفاوت‌های شناختی و فیزیولوژیکی زن و مرد، به‌صورت انتظار یکسان داشتن که ممکن است منجر به فهم کلیشه‌ای از همسر شود و نسبت دادن تنش‌های میان فردی به چنین عوامل ثابتی می‌تواند منجر به افزایش ملامت کردن زوجین، درماندگی در ارتباط و کاهش صمیمیت<sup>۳</sup> شود (ایدلسون و اپستاین، ۱۹۸۲). صمیمیت که نقش اساسی در پایداری روابط عاشقانه، سلامت روانی، جسمی و رضایت جنسی ایفا می‌کند (حقی، اللهوردی پور، نادریان، سربخش، هاشمی پرست و میرغفوروند<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان مفهوم‌سازی می‌شود که از نیازی بنیادی‌تر به نام دل‌بستگی نشأت می‌گیرد و از نظر برخی محققین کیفیت رابطه، توانایی برقراری ارتباط با دیگری و بیان عواطف تعریف‌شده است (لفتین، هیوم، گیبی و دندی رند<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). صمیمیت واقعی فرایندی تعاملی بین چندین مؤلفه است و هسته اصلی این فرایند، شناخت، درک و پذیرش طرف مقابل، همدلی با احساسات او و قدرشناسی از جهان‌بینی او است. مؤلفه‌های صمیمیت واقعی عبارت‌اند از صمیمیت عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، جسمی، معنوی، زیبایی‌شناختی، اجتماعی و تفریحی و زمان‌شناختی است (باگاروزی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). به‌علاوه توجه به تفاوت‌های جنسیتی در مفهوم صمیمیت بسیار بااهمیت است، چراکه شناسایی شباهت‌ها و تفاوت‌ها در زوجین، در درک احساسات شریک زندگی بسیار مهم است. زنان صمیمیت را به‌عنوان عشق، مهربانی و بیان احساسات گرم تعریف می‌کنند و هم‌چنین درک بهتری از نیازهای شریک خود دارند، درحالی‌که مردان آن را به‌عنوان رفتار جنسی و نزدیکی فیزیکی تعریف می‌کنند. بنابراین زنان بیشتر تمایل به نزدیکی، احساسات و روابط عاطفی نظیر افشای احساسی دارند، درحالی‌که مردان بیشتر تمایل به فعالیت‌ها و یا اوقات فراغت مشترک، کمک‌های متقابل و تعهد در رابطه جنسی دارند (کانستند، والت، ناندربینو و کرستیوف<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان داده آموزش مهارت‌های مربوط به زندگی به زنان به افزایش رضایت زناشویی (خیری، صالحی و سلطانی شال، ۱۳۹۶) و ارتقای کیفیت زندگی کمک می‌کند (خیری، صالحی و سلطانی شال، ۱۳۹۷) حال با توجه به موارد ذکرشده اهمیت آموزش مهارت‌های زناشویی با یک رویکرد مناسب برای ایجاد صمیمیت و کاهش باورهای غیرمنطقی در روابط زوجین و در راستای آن افزایش بهزیستی ذهنی را به زنان ضروری می‌نماید. ازجمله درمان‌های که می‌توان در بهبود بهزیستی ذهنی و صمیمیت و هم‌چنین کاهش باورهای غیرمنطقی استفاده کرد درمان پذیرش و تعهد<sup>۸</sup> است. پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری درباره عمل کردن است که مبتنی بر نظریه‌ای در زمینه زبان و شناخت انسانی باعنوان نظریه چارچوب ارتباطی<sup>۹</sup> است. از آنجایی که زبان ریشه‌ی بسیاری از مسائل روان‌شناختی انسان‌ها است در واقع یک درمان عملی-رفتاری است که در آن از مهارت‌های توجه آگاهی (پذیرش و گسلش) و مهارت‌های تغییر (تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه)

۱. perfectionism Sexual

۲. the sexes are different

۳. intimacy

۴. Haghi, Allahverdipour, Nadrian, Sarbakhsh, Hashemiparast & Mirghafourvand

۵. Lafontaine, Hum, Gabbay & Dandurand

۶. Bagarozzi

۷. Constant, Vallet, Nandrino & Christophe

۸. Acceptance and commitment therapy

۹. Relational Frame Theory

جهت افزایش انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌گردد. در این روش از طریق آموزش مهارت‌های توجه آگاهی فرد قادر خواهد بود افکار و احساسات دردآور را به‌طور مؤثر تحمل کند به‌طوری‌که تأثیر و نفوذ کمتری داشته باشند و هم‌چنین از طریق شناسایی ارزش‌ها و انتخاب اهداف و انجام عمل مؤثر در جهت ارزش‌ها زندگی را پربار سازند (هیز، لوین، پلامپ-ویلاردج، ویلت و پیستریلو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). شواهد تجربی در مورد تأثیر این شیوه روان‌درمانی بر اختلالاتی نظیر اضطراب بیماری (الینبرگ، هافمن، جنسن و فروستلم<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷) اضطراب اجتماعی (نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۱۳۹۵)، افسردگی و افکار خودکشی (عالی‌پور و حاجی‌علیزاده، ۱۳۹۶)، درد مزمن و وابستگی به مواد (اسمالود، پاتر و روین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶) رو به افزایش است، اما در مورد تأثیر این شیوه روان‌درمانی بر صمیمیت (زنگنه مطلق، بنی‌جمالی، احدی و حاتمی، ۱۳۹۶) بهزیستی ذهنی (جمشیدیان قلعه‌شاهی، آقایی و گل‌پرور، ۱۳۹۶)، شادی زوجین (خانجانی و شکی، شفیع‌آبادی، فرزاد و فاتحی زاده، ۱۳۹۵) و انعطاف‌پذیری و سلامت (دیول، برنارد کوری و مانستس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶) پژوهش‌های محدودی صورت گرفته است. به‌ویژه با توجه به اهمیت صمیمیت و نقش آن در کارکرد بهینه خانواده و عدم وجود مطالعه‌ای در زمینه باورهای ارتباطی، به بررسی تأثیر این شیوه روان‌درمانی بر بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی و صمیمیت پرداخته شد. هم‌چنین با توجه به آسیب‌پذیرتر بودن زنان، آمار بالای خشونت علیه آن‌ها و پژوهش‌های محدود انجام‌شده در رابطه با آموزش مهارت‌های زناشویی مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن‌ها، هدف پژوهش حاضر تعیین میزان آموزش مهارت‌های زناشویی با رویکرد پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی و صمیمیت زنان در شهر رشت بود.

## روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: مطالعه حاضر شبه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل شهر رشت در سال ۱۳۹۶ که تمایل به شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زناشویی را داشتند بود. تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند با توجه به معیارهای ورود از میان جامعه آماری انتخاب شدند سپس با گمارش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: نمره بالاتر از ۶۶ در مقیاس باور ارتباطی غیرمنطقی، عدم شرکت در مداخله‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی هم‌زمان، قادر به شرکت ۱۰ جلسه‌پیاپی هفتگی برای آموزش و عدم وجود اختلالات روانی - شخصیتی مزمن. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف در طول دوره آموزش، وقوع رویدادهای پیش‌بینی‌نشده (مانند بیماری) و ابراز عدم تمایل به همکاری. در زمینه ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر، در تمامی مراحل پژوهش ملاحظات مربوط به رضایت آگاهانه و رازداری با دادن کد اختصاصی به هر شرکت‌کننده رعایت شد و محرمانه ماندن اطلاعات و اصل رازداری در شرکت‌کننده‌ها اطمینان حاصل گشت. به‌علاوه شرکت و تداوم و عدم تداوم جلسات روان‌درمانی بر عهده شرکت‌کنندگان بود تا هیچ‌گونه اجباری برای شرکت در روان‌درمانی ادراک نکنند.

۱. Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello

۲. Eilenberg, Hoffmann, Jensen & Frostholm

۳. Smallwood, Potter & Robin

۴. Deval, Bernard-Curie, & Monestès

### روش اجرا

شیوه اجرا و روش گردآوری اطلاعات به این صورت بود که اطلاعیه برگزاری جلسات آموزش مهارت‌های زناشویی در سطح شهر اعلام شد. سپس در یک جلسه مشترک از تمام زنان متأهل که تمایل به شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زناشویی را داشتند، پیش‌آزمون گرفته شد. ۳۰ زن که نمره بالاتر از ۶۶ در مقیاس باور ارتباطی غیرمنطقی را دارا بودند انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پس از برنامه ریزی مکانی و زمانی و رعایت ملاحظات اخلاقی و با توجه به هدف پژوهش و تاکید بر محرمانه بودن اطلاعات گروه آزمایش فرا خوانده شدند و به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته تحت آموزش طرح گروهی مهارت‌های زناشویی، که یک الگوی درمانی با رویکرد پذیرش و تعهد بود قرار گرفتند (هریس، ۲۰۱۰، ترجمه دوستی، هدایتی همدانی و محقی، ۱۳۹۵). در پایان دوره گروه گواه نیز دعوت شده و از هر دو گروه به صورت مشترک پس‌آزمون به عمل آمد. اطلاعات حاصل با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغییری تجزیه و تحلیل شدند. خلاصه جلسات گروهی مهارت‌های زناشویی در جدول (۱) آمده است.

**جدول ۱. پروتکل جلسات درمانی آموزش گروهی مهارت‌های زناشویی (هریس، ۲۰۱۰، ترجمه دوستی، هدایتی همدانی و محقی، ۱۳۹۵)**

جلسات	محتوای آموزش
جلسه اول	برقراری اتحاد درمانی
جلسه دوم	معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بیان افسانه‌هایی در رابطه با همسر
جلسه سوم	بیان پنج روش اساسی که منجر به دور کردن عشق، صمیمیت و پویایی از رابطه زوجین می‌شود و عبارتند از: جدایی؛ واکنش‌پذیری؛ اجتناب و کناره‌گیری؛ درگیری ذهنی؛ غفلت از ارزش‌ها؛ هم‌چنین بیان پایه‌های روابط عاشقانه (ارتباط، مراقبت و همکاری).
جلسه چهارم	تعیین ارزش‌ها و عمل متعهدانه و کسب نگرش انعطاف‌پذیری روانی که عبارت است از: رها کردن، گشودگی، بها دادن، تعهد. بیان هنر قدردانی به‌عنوان یک عمل توجه آگاهانه و اصل هویت در مقابل چماق، آموزش تنفس عمیق آگاهانه.
جلسه پنجم	بیان لایه‌های دود یا مه روانی (دود روانی شامل تفکرات مضر، سمی و قوی: مانند پیش‌بینی‌های ترسناک، تعصبات، قضاوت‌های ناعادلانه و خاطرات دردناک - است که در طول این مهر و موم‌ها، آن‌ها لایه‌لایه ایجاد شده‌اند و به ابر ضخیم سیاه و سفیدی تبدیل شده‌اند، که در رابطه زوجین تأثیر می‌گذارند). آموزش راهکارهای "گسلش" (گسلش به معنی جدا شدن از افکار خود، فاصله گرفتن از برخی از آن‌ها، به عقب برگشتن و تماشای افکار خود به‌جای گم شدن در آن‌ها هست) آموزش راه‌های مختلف برای رها شدن از قضاوت‌های ناکارآمد و داستان‌سرایی در مورد همسر (اسم گذاشتن برای قضاوت‌ها و ...)
جلسه ششم	فنون انعطاف‌پذیری افکار: تمرین مشت‌افکار، نام‌گذاری داستان، داستان را مانند آواز بخوانید، برگ‌ها بر روی نهر آب. چگونه با احساسات خود برخورد کنیم. برای انی منظور از فنون توجه، آگاهی، فضا‌گشایی، توسعه آگاهی، و تمرین توجه آگاهی تخمین زمان استفاده شد.

جلسه هفتم	آموزش مهارت گوش دادن فعال و موانع آن، بیان داستان همیشگی ذهن « من درست می‌گویم تو اشتباه می‌کنی»، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای (ریلکسیشن).
جلسه هشتم	چه وقت بگویید، چگونه بگویید، متوقف کردن مبارزه کثیف، شناخت تاکتیک‌های خود در زمان دعوا (فرار یا حمله)، قدرت درخواست با مهربانی، بیان استعاره سگ خانگی و کوسه سفید، آموزش مهارت ابراز احساسات و خواسته‌ها خود، روش جایگزین برای مراقبت از خود، مراقبه‌ی سیاسی‌گرایی.
جلسه نهم	آموزش اصول دهگانه‌ی در ارتباطات
جلسه دهم	صحبت در مورد انواع صمیمیت، همدردی، مهربانی به خود

### ابزار سنجش

الف) پرسشنامه بهزیستی ذهنی<sup>۱</sup>: در سال ۲۰۰۳ طراحی و شامل سه بعد بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی است. این پرسشنامه توسط گلستانی بخت (۱۳۸۶) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتبار یابی شد و ضریب همبستگی پرسشنامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرد که نشان دهنده روایی همزمان مناسب پرسشنامه است. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمد. با توجه به ارزش‌گذاری ۱ تا ۷ برای گزینه‌های (بسیار زیاد مخالفم) تا (بسیار زیاد موافقم) در هر دو زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی حداقل نمره در زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۱۸ و حداکثر نمره ۱۲۶ و در زیر مقیاس بهزیستی اجتماعی حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۱۰۵ است. از مجموع نمرات بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی، نمره بهزیستی ذهنی به دست می‌آید. در نتیجه این آزمون ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای کاربری در پژوهش‌های نمونه‌های ایرانی دارد (نقل از صدوری‌دیمرچی، خزان و درگاهی، ۱۳۹۵). پایایی این پرسشنامه در تحقیق حاضر از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

ب) مقیاس باورهای ارتباطی غیرمنطقی<sup>۲</sup>: دارای ۴۰ سؤال بوده که توسط آیدلسون و ایشتاین در سال ۱۹۸۲ طراحی و هدف آن ارزیابی میزان باورهای ارتباطی غیرمنطقی در رابطه زناشویی از ابعاد مختلف باور به مخرب بودن مخالفت، باور به عدم تغییر پذیری همسر، توقع ذهن خوانی، کمال‌گرایی جنسی، باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی است. پایایی باز آزمایی این مقیاس ۷۶ درصد بود طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده است. این ابزار را مظاهری و پور اعتماد (۱۳۸۰) به فارسی ترجمه کرده‌اند. در پژوهشی که مظاهری استفاده کرده آلفای کرونباخ محاسبه شده ۷۵ درصد بود. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۲۰۰ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۶۶ بیانگر باورهای ارتباطی در فرد ضعیف است. نمره بین ۶۶ تا ۱۰۰ بیانگر باورهای ارتباطی در فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۰۰ بیانگر باورهای ارتباطی در فرد قوی هست (نقل از نویدی، محمدی، معروفی‌زاده و امینی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). در نتیجه این آزمون ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای کاربری در پژوهش‌های نمونه‌های ایرانی دارد. پایایی این پرسشنامه در تحقیق حاضر از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

۱. mental wellbeing

۲. irrational communication believes scale

۳. Navid, Mohammadi, Maroufzadeh & Amini,

ج) مقیاس صمیمیت: دارای ۱۷ سوال بوده که در سال ۱۹۸۳ طراحی و برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین شده است. این مقیاس جزی از یک ابزار بزرگ تر است که چندین بعد صمیمیت را در برمی گیرد، اما توسط تهیه کنندگان آن به صورت مقیاس مستقلی گزارش شده است. مقیاس صمیمیت ابتدا روی ۱۶۶ دانشجوی زن دوره کارشناسی که ۶۸ درصد آن‌ها ۲۰ تا ۲۵ ساله بودند؛ ۱۶۶ مادر دانشجویان طبقه متوسط که اکثراً بین ۴۰ تا ۴۹ (۰/۶۳) و ۰/۷۲ آن‌ها در وضعیت ازدواج اول بودند؛ و ۱۴۸ مادر بزرگ که ۰/۴۰ آن‌ها در سنین ۶۰ تا ۶۹ سال و ۰/۴۰ در سنین ۷۰ تا ۷۹ سال و ۰/۵۲ آن‌ها متأهل و ۰/۴۵ بیوه بودند، اجرا شد. میانگین مقیاس صمیمیت برای مادران ۶/۲۱ و برای دختران ۶/۰۴ بود. مقیاس صمیمیت با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی بسیار عالی روایی و پایایی برخوردار است. گرچه در ماخذ اولیه اطلاعاتی درباره روایی این مقیاس گزارش نشده است اما مقیاس صمیمیت با گزارش مادران از کمک‌های دور و نزدیک به آنان و گزارش دختران از کمک نزدیک به مادران همبستگی نشان داده است. اطلاعاتی درباره ثبات آزمون گزارش نشده است. نمره آزمودنی در مقیاس صمیمیت از طریق جمع نمرات سؤالات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. دامنه نمرات بین ۱ تا ۷ است که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. در نتیجه این آزمون ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای کاربرد در پژوهش‌های نمونه‌های ایرانی دارد (نیری، لطفی و نورانی، ۲۰۱۴). پایایی این پرسشنامه در تحقیق حاضر از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد.

#### یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۳۷/۱۳، ۳۵/۳۳ بود. ۳۳/۳ درصد گروه آزمایش و ۸۶/۷ درصد گواه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند، و ۸۰ درصد گروه آزمایش و ۵۳ درصد گروه گواه خانه‌دار بودند. یافته‌های توصیفی به دست آمده از متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در پیش و پس آزمون

گروه	متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	بهبودی ذهنی	۱۹۵/۹۹	۲۳/۰۷	۲۱۹/۰۴	۲۷/۱۰
	باورهای ارتباطی غیرمنطقی	۹۱/۲۵	۱۳/۸۴	۳۷/۲۹	۲۱/۱۹
	صمیمیت	۸۸/۱۲	۱۶/۳۴	۹۲/۹۷	۱۴/۹۳
کنترل	بهبودی ذهنی	۲۰۲/۳۲	۲۵/۴۲	۲۰۳/۴۲	۲۷/۰۸
	باورهای ارتباطی غیرمنطقی	۸۹/۸۶	۱۳/۹۱	۸۶/۴۰	۱۶/۹۸
	صمیمیت	۹۸/۰۲	۱۴/۲۰	۹۴/۸۷	۱۸/۸۹

برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زناشویی با رویکرد پذیرش و تعهد بر بهبودی ذهنی،

۱. intimacy scale

۲. Nayeri, Lotfi, & Noorani

باورهای ارتباطی غیرمنطقی و صمیمیت زنان، پس از محاسبه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. یافته‌های حاصل از این تحلیل در جداول زیر نشان داده شده است. برون داد حاصل از بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد که فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید شده است ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس رعایت شده است ( $\text{sig} = 0/197$ ,  $F = 1/44$ ,  $M_{\text{box}} = 9/76$ ). نتایج آزمون لامبدا ویلکز نشان می‌دهد که متغیر وابسته ترکیبی معنادار هست ( $\mu^2 = 0/80$ ,  $P < 0/001$ ,  $F_{(3,3)} = 30/59$ ). مقدار مجذور سهمی اتا ( $\mu^2 > 0/14$ ) نشان‌دهنده اثر زیاد عامل گروه است. نتایج آزمون همگنی واریانس نشان داد که مفروضه همگنی واریانس برای متغیر بهزیستی ذهنی ( $\text{sig} = 0/242$ ,  $F = 1/42$ )؛ برای متغیر باورهای ارتباطی غیرمنطقی ( $\text{sig} = 0/004$ ,  $F = 9/56$ )؛ برای متغیر صمیمیت ( $\text{sig} = 0/218$ ,  $F = 1/59$ ) رعایت شده است؛ با توجه به سطح معناداری به دست آمده در مورد بهزیستی ذهنی و صمیمیت ( $P > 0/05$ ) فرضیه برابری واریانس‌ها برقرارند. در مورد باورهای ارتباط غیرمنطقی ( $P < 0/05$ ) با توجه به برابری تعداد دو گروه می‌توانیم از این فرضیه عبور نماییم. فرضیه اصلی این بود که آموزش مهارت‌های زناشویی با رویکرد پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی غیرمنطقی و صمیمیت زنان در شهر رشت اثربخش است.

### جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر بهزیستی ذهنی، باورهای غیرمنطقی و صمیمیت

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	مجذورات اتا
پس‌آزمون بهزیستی ذهنی	۳۶۴۴/۳۸	۱	۳۶۴۴/۳۸	۱۰/۶۳	۰/۰۰۳	۰/۲۹۸
پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی	۲۰۴۰۰/۵۷	۱	۲۰۴۰۰/۵۷	۷۳/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۶
پس‌آزمون صمیمیت	۳۹۳/۹۲	۱	۳۹۳/۹۲	۴/۴۲	۰/۰۴۶	۰/۱۵۰

با توجه به یافته‌های حاصل از اثرات عوامل بین‌آزمودنی‌ها که در جدول شماره ۴ نشان داده شده است، آماره  $f$  مربوط به بهزیستی ذهنی ( $10/63$ ) در سطح  $0/01$  و باورهای ارتباطی غیرمنطقی ( $73/40$ ) در سطح  $0/001$  و صمیمیت ( $4/42$ ) در سطح  $0/05$  معنادار است. اثر معنی‌دار عامل بین‌آزمودنی‌های دو گروه وجود داشت و با یکدیگر متفاوت هستند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان آموزش مهارت‌های زناشویی با رویکرد پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی غیرمنطقی و صمیمیت زنان بود. یافته‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌های زناشویی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری بر بهزیستی ذهنی، باورهای ارتباطی غیرمنطقی و صمیمیت اثربخش بوده است. این نتایج با یافته‌های برخی از پژوهش‌ها هم‌خوانی دارد به‌عنوان مثال زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ زنگنه مطلق و همکاران، ۱۳۹۶) و افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان (جمشیدیان قلعه شاهی و همکاران، ۱۳۹۶) شد.



در تبیین این نتایج می توان گزارش نمود که: شیوه روان درمانی پذیرش و تعهد، به جای تلاش در جهت تعدیل هیجانات و افکار آزارنده و ناخوشایند، برافزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و هیجانات ناخوشایند، تأکید می شود. در این شیوه به زوجین تأکید می شود که "اجتناب تجربه ای" را از سبک رفتاری خود کاهش دهند. در واقع، اگرچه ممکن است اجتناب تجربه ای برای مدت کوتاهی آرامش بخش باشد، اما مشکلات و آشفتگی های زوجین را در بلندمدت مزمن تر و عمیق تر کرده و مانع از ارتباطی معنادار و اثربخش می شود (گلاستر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). در شیوه روان درمانی پذیرش و تعهد، زوجین متعهد می شوند تا راه هایی برای پذیرش این آشفتگی های اولیه پیدا کنند و همین امر سبب کارآمدتر شدن باورهایشان درباره ارتباط و جهان اطرافشان می شود. تغییر این گونه باورهای ناکارآمد ارتباطی، سبب می گردد رفتارهای اثربخش و کارآمد ارتباطی افزایش یابد. مهارت های زندگی و زناشویی از طریق افزایش مهارت های ارتباطی سبب افزایش صمیمیت می شود و از طریق کاهش احساس تنهایی به افزایش ادراک خود ارزشمندی و خود کارآمدی و در نتیجه بهبود بهزیستی ذهنی منجر می شود (استیتو و واردل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). در شیوه روان درمانی پذیرش و تعهد، بر پذیرش و نه تحمل تأکید می شود چرا که تحمل با زجر و انفعال همراه است و پذیرش با درد همراه است و انسان را به سمت پویایی و رشد یافتگی رهنمون می سازد. در حقیقت پذیرش این باور که زندگی هدفمند و پر معنا با رنج همراه است، و برای پیشرفت در این مسیر ارزشمند می بایست متعهدانه زندگی کرد سبب پویایی و عدم انفعال فرد می گردد. این تعهد در تمامی ابعاد زندگی ارزشمند، پرنشاط، هدفمند و با معنا خود را نمایان می سازد که ایجاد یک ارتباط ارزشمند همراه با صمیمیت یکی از آنهاست (برامول و ریچاردسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). از منظر دیگر در این شیوه روان درمانی بر تماس با لحظه لحظه های زندگی تأکید می گردد. در واقع بسیاری از زوجین به دلیل چسبیدن به افکار ناشی از تجربیات آزارنده و آسیب زای گذشته، از زندگی در لحظه حال غافل بوده و همانند یک سیستم کاری درونی، گذشته را در حال تجربه می کنند. در شیوه روان درمانی پذیرش و تعهد، با تأکید بر لحظه حال و زندگی در این لحظه، به فرد کمک می شود به رفتارها و افکار سازنده و رشد دهنده تمرکز کند و از رشته افکار ناکارآمد گذشته را بگسلد. این مهارت به زوجین کمک می کند به رفتارها و عواطف اثرگذار و کارآمد در راستای ارزش های جدید و در جهت یک زندگی ارزشمند، پرنشاط، هدفمند و با معنا پردازند. این شیوه زندگی علاوه بر کاهش بیماری های مزمن جسمانی (گراهام، گویک، کراهه و گیلاندرس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶)، به تغییر باورهای ارتباطی غیرمنطقی، کاهش خلق پایین و افسردگی، کاهش تنیدگی، افزایش صمیمیت و بهزیستی روان شناختی منجر خواهد شد و در نتیجه بهبود معنادار رضایت زندگی را در پی خواهد داشت (رسنن، لپالینین، موتکا، تولوانن و لپالینین<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶).

هدف درمان پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روان شناختی است. به نظر میرسد پذیرش، که به معنی روبرو شدن با دردها در مسیر رسیدن به ارزش ها، به جای اجتناب تجربه ای، نقش زیادی در کاهش آسیب شناسی روانی دارد.

۱. Gloster & et al

۲. Steptoe & Wardle

۳. Bramwell & Richardson

۴. Graham, Gouick, Krahé & Gillanders

۵. Räsänen, Lappalainen, Muotka, Tolvanen & Lappalainen

ظاهراً اجتناب تجربه‌ای در طولانی‌مدت، موجب بروز بیشتر آسیب‌شناسی روانی می‌شود. حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی دردها و سختی‌هایی به همراه دارد که با اجتناب کردن از تجربه این دردها نمی‌توان به یک زندگی ارزشمندانه دست یافت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراد از پذیرش، تمایل به روبرو شدن با این دردها و سختی‌هاست (اما کومالا، آنالیت و یولیا واردین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). فرایندهای مهم در روان‌درمانی پذیرش و تعهد شامل پذیرش<sup>۲</sup>، در زمان حال بودن<sup>۳</sup>، گسلش<sup>۴</sup>، خود به‌عنوان زمینه<sup>۵</sup>، ارزش‌ها<sup>۶</sup> و عمل متعهدانه<sup>۷</sup> است. درمانگران مبتنی بر پذیرش و تعهد، عشق را به‌منزله<sup>۸</sup> یک عمل ارزش‌گذاری شده تفسیر می‌کنند. چنانچه زوجین بر اساس ارزش‌هایی که بر مبنای آن‌ها با همسر خود ازدواج کرده‌اند عمل کنند، گفت‌وگو و تعامل آن‌ها در فراز و نشیب‌ها آسان‌تر می‌شود. هم‌چنین رفتار کردن بر اساس ارزش‌ها باعث می‌شود که زوجین در روابط خود شادتر باشند و صمیمیت بیشتری تجربه کنند. ماهیت روابط بین زوجین به گونه‌ای است که زوجین با فرازها و نشیب‌های زیادی روبه‌رو می‌شوند؛ به همین دلیل انعطاف‌پذیر بودن در یک رابطه اهمیت بسیاری دارد. انعطاف‌پذیری روانی که از اهداف زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است، به زوجین در حفظ صمیمیت زناشویی کمک می‌کند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (دی پترسون، ایفرت، فین‌گلد و داویدسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر روی پنج مؤلفه ناکارآمد روان‌شناختی (حصار ذهن، انتظارات، ارزش‌های مبهم، قطع ارتباط و تلاش برای اجتناب از رنج) و جایگزینی آن‌ها با پنج مؤلفه کارآمد روان‌شناختی (رهایی از ذهن، تضعیف انتظارات نه‌حذف آن‌ها، ارزش‌های واضح، یکی شدن با همسر و تمایل به رنج) بر صمیمیت زناشویی مؤثر واقع می‌شود. در این شیوه روان‌درمانی از طریق استعاره‌ها کمک می‌شود که زوجین به گسلش دست یابند و در تولیدات ذهن گیر نکنند. هم‌چنین مشاور تبیین می‌کند هنگامی که شما طبق تولیدات ذهنی عمل می‌کنید، این افکار و احساسات تبدیل به مه روان‌شناختی خواهند شد (اخوان بی‌تقصیر، باقر ثنایی ذاکر، شکوه نوابی نژاد و فرزاد، ۱۳۹۶).

در تبیین یافته‌ها این پژوهش می‌توان گفت آگاهی زوجین نسبت به افکار، احساسات و لایه‌های مه روان‌شناختی باعث می‌شود که زوجین افکار، عقاید و باورهای مهم را بدون گیر کردن در آن‌ها و عمل کردن طبق آن‌ها با یکدیگر در میان بگذارند. زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تغییر پاسخ‌های افراطی لفظی به محتوای شناختی (آمیختگی شناختی) و روشن‌سازی ارزش‌ها به تغییر رفتار و حفظ تعهدات تغییر رفتار کمک می‌کند و از این طریق به مراجع کمک کند که یک زندگی هدفمندتر و غنی‌تر را رقم بزنند و با توجه به این که ارتباط، مراقبت و همکاری پایه و اساس هر رابطه عاشقانه هستند در رویکرد پذیرش و تعهد چهار روش ایجاد رابطه عاشقانه (رها کردن: راه فراری از درون ذهن، گشودگی: نقطه مقابل

۱. Ema Komala, Anna Keliat & Yulia Wardani

۲. acceptance

۳. here & now

۴. diffusion

۵. self as a context

۶. values

۷. committed action

۸. D. Peterson, Eifert, Feingold & Davidson

اجتناب، و تمرین‌های عملی در این رابطه، بها دادن: اقدام به وسیله ارزش‌ها، تعهد: به معنی حضور روانی و تمرکز باعلاقه با کلمه مخفف (Love) و پنج روش مؤثر در دور کردن عشق، صمیمیت و پویایی از رابطه زوجین (جدایی، واکنش‌پذیری، اجتناب و کناره‌گیری، درگیری ذهنی و غفلت از ارزش‌ها) آموزش داده شد. هم‌چنین برای ایجاد روابط مطلوب مهارت‌های چون گوش دادن صحیح، مذاکره، بیان احساسات آموزش داده شد؛ تا زمانی که این انتظار وجود دارد که همسر یک فرد مثل خود فرد فکر، احساس و عمل کند ناامیدی و سرخوردگی در رابطه وجود خواهد داشت؛ اما اگر زوجین یاد بگیرند چطور تفاوت‌های همسرشان را بپذیرند احساس سرخوردگی، خشم و عصبانیت خود به خود حل می‌شود.

#### منابع

- اخوان بی‌تقصیر، زهرا، ثنائی ذاکر، باقر، نوابی نژاد، شکوه، فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت و سازگاری زناشویی زوجها. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۵ (۲)، ۱۲۱-۱۲۸.
- جمشیدیان قلعه شاهی، پروین، آقایی، اصغر، گل پرور، محسن. (۱۳۹۶). مقایسه‌ی تأثیر درمان مثبت‌نگر ایرانی - اسلامی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور شهر اصفهان. *مجله پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵ (۱)، ۴۸-۵۷.
- خانجانی وشکی، سحر، شفیق آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی‌الله، فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷ (۴)، ۳۱-۴۰.
- خیری، حکیمه، صالحی، ایرج، سلطانی شال، رضا. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی مادران دارای کودک مبتلا به مشکلات رفتاری. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴ (۴)، ۳-۱۳.
- خیری، حکیمه، صالحی، ایرج، سلطانی شال، رضا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان آنان. *فصلنامه علمی-پژوهشی خانواده و پژوهش*، ۱۵ (۴)، ۲۶-۷.
- زنگنه مطلق، فیروزه، بنی‌جمالی، شکوه‌السادات، احدی، حسن، حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱ (۴۴)، ۴۷-۵۶.
- صدری دمیچی، اسماعیل، خزان، کاظم، درگاهی، شهریار. (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بهزیستی هیجانی، روانی و اجتماعی مردان سالمند مقیم آسایشگاه. *روان‌شناسی پیری*، ۲ (۳)، ۱۹۴-۱۸۷.
- عالی پور، رسول، حاجی‌علیزاده، کبری. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش، تعهد و دارودرمانی بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *روان‌پرستاری*، ۵ (۴)، ۶۱-۶۸.
- نریمانی، محمد، پورعبدل، سعید، بشرپور، سجاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش / تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۶ (۱)، ۱۴۰-۱۲۱.

- هریس، راس. (۲۰۱۰). *درمان پذیرش و تعهد با عشق*. ترجمه پیمان دوستی، سیده سپیده هدایتی همدانی و حسین محقق. (۱۳۹۵). همدان: انتشارات فراگیر هگمتانه.
- Akerkar, S., & Fordham, M. (2017). Gender, place and mental health recovery in disasters: Addressing issues of equality and difference. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 23, 218-230.
- Bagarozzi, D. A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: a clinician's guide: routledge*.
- Bramwell, K., Richardson, T. (2018). Improvements in Depression and Mental Health After Acceptance and Commitment Therapy are Related to Changes in Defusion and Values-Based Action. *J Contemp Psychother*, 48(1), 9-14.
- Constant, E., Vallet, F., Nandrin, J.-L., & Christophe, V. (2016). Personal assessment of intimacy in relationships: Validity and measurement invariance across gender. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 66(3), 109-116.
- D. Peterson, B., Eifert G, Feingold T, Davidson S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 430-442.
- Deval, C., Bernard-Curie, S., & Monestès, J.-L. (2017). Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 27(1), 34-42.
- Eidelson, R. J., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(5), 715.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., & Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24-31.
- Ema Komala, E., Anna Keliat B, Yulia Wardani. (2018). Acceptance and commitment therapy and family psycho education for clients with schizophrenia. *Enferm Clin*, 1, 88-93.
- Gloster, A., Klotsche, J, Ciarrochi, J, Eifert, G, Sonntag, R, Wittchen, H-U, et al. (2017). Increasing valued behaviors precedes reduction in suffering: Findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 64-71.
- Graham, C., Gouick J, Krahe C, Gillanders D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58.
- Hagi, F., Allahverdi, H., Nadrian, H., Sarbakhsh, P., Hashemiparast, M., & Mirghafourvand, M. (2017). Sexual problems, marital intimacy and quality of sex life among married women: A study from an Islamic country. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-14.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Higgins, A., Tuohy, T., Murphy, R., & Begley, C. (2016). Mothers with mental health problems: Contrasting experiences of support within maternity services in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 36, 28-34.
- Kunar, A., Nizamie, S. H., & Srivastava, N. K. (2013). Violence against women and mental health. *Ment. Health Prev*, 1, 4-10.
- Lafontaine, M.-F., Hum, L., Gabbay, N., & Dandurand, C. (2017). Examination of the psychometric properties of the Personal Assessment of Intimacy in Relationships with individuals in same-sex couple relationships. *Journal of GLBT Family Studies*, 1-32.

- Navid, B., Mohammadi, M., Maroufizadeh, S., & Amini, P. (2017). Relationship between Quality of Life, Relationship Beliefs and Attribution Style in Infertile Couples. *Int J Fertil Steril*, 12(2).
- Nayeri, A., Lotfi, M., & Noorani, M. (2014). The effectiveness of group training of transactional analysis on intimacy in couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152, 1167-1170.
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159-170.
- Räsänen, P., Lappalainen P, Muotka J, Tolvanen A, Lappalainen R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. . *Behaviour Research and Therapy*, 78, 30-42.
- Smallwood, R. F., Potter, J. S., & Robin, D. A. (2016). Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 250, 12-14.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2017). Life skills, wealth, health, and wellbeing in later life. *Psychological and Cognitive Sciences*, 114(17), 4354-4359.
- Stotland, N. L. (2017). Reproductive Rights and Women's Mental Health. *Psychiatric Clinics*, 40(2), 335-350.



**The Effectiveness of Group Marital Skills Education Based on Acceptance and Commitment Therapy on Woman's Mental Well-Being, Irrational Communication Beliefs and Intimacy**

H. Kheiry\*\*  
M. KhosroJavid\*\*\*  
R. Soltani Shal\*

**Abstract**

The goal of this study was evaluating the effectiveness of group marital skills education based on acceptance and commitment therapy on woman's mental well-being, irrational communication beliefs and intimacy in city of Rasht. The statistical population included all married women of Rasht city and study's sample subsumed 30 women who met the inclusion criteria that were selected by judgmental sampling method. The participants were randomly divided into control and experimental groups (15 women per group). The design of this study was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. For data gathering the Subjective Well-being Questionnaire (2003), the Communication Beliefs (1988) and the Intimacy Scales (1983), respectively were complemented. The experimental group received marital skills with ACT approach education in ten sessions. Their psychological well-being, communication beliefs and intimacy were evaluated before and after the intervention using the gathered data were analyzes through multivariate analysis of covariance. Data analysis showed that, at post-intervention, participants revealed significantly higher mental well-being and intimacy and lower irrational communication beliefs. The results revealed that, the acceptance and commitment therapy based group marital skills education affected the mental well-being, communication believes and intimacy among woman ( $p < 0.05$ ). ACT-B-MSE is an effective and acceptable treatment for improving woman's' psychological well-being, communication beliefs and intimacy.

**Keywords:** mental well-being; irrational communication beliefs; intimacy; acceptance and commitment therapy; group marital skills education.

\*Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities; University of Guilan, Rasht, Iran (Corresponding Author, Email:hakimekheiry@yahoo.com)

\*\*Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities; University of Guilan, Rasht, Iran (mkhjavid.psy@yahoo.com)

\*\*\*Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities; University of Guilan, Rasht, Iran. (soltani.psy@gmail.com)