

Biannual Journal of Applied
Counseling
2014, 5 (2), 97-112
Received: 9 Mar 2016
Accepted: 9 Apr 2016

دو فصلنامه مشاوره کاربردی
۱۱۲-۹۷، (۲) ۵، ۱۳۹۴
دریافت: ۹۴/۱۲/۱۹
پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۳۱

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی
همسران جانباز و آزاده

Effectiveness of acceptance and commitment therapy on
increasing marital satisfaction of the veteran and freedman wives

Maryam Sadat Moosavi *
Alireza Rashidi **
Mohsen Golmohammadian ***
مریم سادات موسوی *
علیرضا رشیدی **
محسن گل محمدیان ***

Abstract

Family is the base of the human's social life formation and couples play the main role in family. Marital satisfaction is the backbone to have a healthy society. The aim of the present study was to investigate the effectiveness acceptance and commitment therapy on increasing marital satisfaction of Veteran and freedman wives in Kermanshah. From the population, 20 people were assigned into 2 experimental and control groups randomly to complete the Enrich marital satisfaction questionnaire. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the by spss-21. Findings showed that acceptance and commitment therapy is effective in increasing the marital satisfaction except in subscales financial management, parenting, religious orientation and friends ($p \geq 0/05$). Since veteran & freedman wives have special condition, acceptance and commitment therapy can help them to enhance their marital satisfaction and take realistic viewpoint in life.

Key Words: acceptance and commitment therapy, marital satisfaction, veteran & freedman wives.

چکیده

خانواده مبنای شکل‌گیری زندگی اجتماعی انسان‌ها است و زوجین در خانواده نقش اصلی را بر عهده دارند. رضایت زناشویی زمینه‌ی اصلی برای داشتن جامعه‌ی سالم است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده شهر کرمانشاه انجام گرفت. ۲۰ همسر جانباز از میان همسران جانباز و آزاده این شهر به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند، و به پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار آماری SPSS-21 تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی به‌جز در خرده مقیاس‌های مدیریت مالی، فرزند پروری، جهت‌گیری مذهبی و دوستان مؤثر است. از آنجا که همسران جانباز و آزاده شرایط ویژه‌ای دارند، درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به آنان کمک کند تا سطح رضایت زناشویی خود را بالا ببرند و نگرش واقع‌بینانه‌ای در زندگی اتخاذ کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، همسران جانباز و آزاده

* کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه رازی کرمانشاه

** استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی کرمانشاه

*** استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی کرمانشاه (نویسنده مسئول)

mgolmohammadian@gmail.com

مقدمه

خانواده جوهره‌های زنده و در حال تغییر است که با استفاده از اعضای خویش و در جریان ارتباطی دائمی، تعاملی و طرح دار با یکدیگر یک کل را سازمان‌دهی می‌کند و در طول زمان و مکان گسترش می‌یابد. خانواده را می‌توان یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط درهم‌تنیده دانست که از پیوند زناشویی زن و مرد تشکیل می‌شود و رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به‌منزله‌ی رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود. یکی از کارکردهای مهم خانواده برقراری روابط عاطفی بین زن و مرد گسترش سلامت روان‌شناختی است که باعث آرامش آن‌ها می‌شود (رابینو، پروست و بوتسچ، ۲۰۰۵). لذا یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت خانواده، رضایت زناشویی^۱ است (مظاهری ۱۳۷۹، به نقل از پورمیدانی، نوری و شفقی، ۱۳۹۳). رضایت زناشویی یکی از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده و درعین‌حال بهداشت روانی همسران و فرزندان است. آمار بالای طلاق در سال‌های اخیر بیانگر این مطلب است که سامانه خانواده و روابط زوجین و رضایت آن‌ها در معرض خطر جدی قرار دارد. یک پژوهش نشان می‌دهد افرادی که رضایت زناشویی بالاتری دارند از سلامت عمومی بالاتری نیز برخوردارند. (مالتی، دی، مککاتچون، گیل، هوران و اشی، ۲۰۰۴، ۲۰۰۴). عوامل متعددی روابط زناشویی بین زوجین را در گذر زمان تهدید می‌کند و سبب فرسایش عشق و صمیمیت در میان همسران و در نتیجه سرخوردگی زناشویی در آن‌ها می‌گردد. عوامل درون فردی و بین فردی می‌توانند بر رابطه زناشویی اثر بگذارند (کوستا و مک‌کری^۲، ۱۹۹۲، به نقل از عارفی، محسن زاده، قزل باشیان، صادق پور و شیخ اسمعیلی، ۱۳۹۳). از رضایت زناشویی تعاریف مختلفی وجود دارد، رضایت زناشویی را تطابق وضعیت موجود و مطلوب روابط زناشویی دانست، به عبارت دیگر، رضایت زناشویی هنگامی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی مطابق با آنچه وی انتظار دارد منطبق باشد و نارضایتی زناشویی از عدم تطابق دو وضعیت موجود و مطلوب روابط زناشویی پدید می‌آید (وینچ^۳، ۲۰۰۰، به نقل از رحیم‌پور، صالحی، حسینیان و عباسیان، ۱۳۹۲). می‌توان رضایت زناشویی را به‌عنوان یک موقعیت روان‌شناختی در نظر گرفت که خودبه‌خود به وجود نمی‌آید بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است، به‌ویژه در سال‌های اولیه رضایت زناشویی بسیار بی‌ثبات است و روابط در معرض بیشترین خطر قرار دارند (احمدی، نبی پور، کیمیایی و افضلی، ۲۰۱۰). رضایت زناشویی یک جنبه مهم و پیچیده از رابطه بین زوجین است (استرنبرگ و حجت، ۱۹۹۷). آشفته‌گی‌های روابط زوجین و طلاق بیانگر آن است که رضایت زناشویی به‌راحتی قابل حصول نیست (روزن گراندن، مایر و هاتی، ۲۰۰۴).

پرواضح است که نیروی تعیین‌کننده جهت و شیوه حرکت خانواده زوجین هستند (شاهی، غفاری و قاسمی فلاورجانی، ۱۳۹۰). برای چندین دهه است که رضایت زناشویی مورد مطالعه قرار می‌گیرد و

-
1. marital satisfaction
 2. Costa & McCrae
 3. Winch

محققان به هنگام مطالعه رضایت زناشویی در طول دوران ازدواج دریافته‌اند که تمایل به پیروی از مسیر U-شکل دارد در طی مراحل اولیه ازدواج رضایت زناشویی افزایش می‌یابد و در طی ۱۰ تا ۲۰ سال بعد رو به کاهش می‌گذارد و بعد از اینکه فرزندان خانه را ترک می‌کنند زوجین فرصت بیشتری برای تقویت رابطه زناشویی و صمیمیت بیشتر پیدا می‌کنند و این تغییر به صورت طیفی از رضایت‌مندی زیاد تا ناراضی‌ی زیاد تصور می‌شود (هابر، ناوارو، ومیل و مام، ۲۰۰۱). چه بسا همسرانی که در کنار هم زندگی می‌کنند ولی رضایت بسیار پایینی در زندگی زناشویی خود دارند، همچنین زوج‌هایی که نسبت به زندگی مشترک حس مطلوبی دارند رفاه، سلامت و امنیت بیشتری دارند، برآوردشان را از توانایی‌هایشان افزایش می‌دهد و پذیرش مسئولیت و ایفای نقش والدینی را ترغیب می‌کند (برادبوری، فیچنم و بیچ، ۲۰۰۰).

وجود مشکلات جسمانی و روانشناختی یکی یا هر دو نفر همسران می‌تواند متغیر قابل توجهی باشد که رضایت زناشویی را به نحوی تحت تأثیر قرار دهد. در همین راستا، یافته‌های مربوط به مشکلات روان‌شناختی جانبازان نشان می‌دهد که جانبازان به‌ویژه جانبازان قطع نخاعی و جانبازان شیمیایی از افسردگی و کشمکش‌های بین فردی رنج می‌برند (ابراهیمی، بوالهروی و ذوالفقاری، ۱۳۸۱؛ وفایی و صیدی، ۱۳۸۲؛ خیرخواه، ۱۳۸۱). همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران بیماران اعصاب و روان که جانباز نیستند اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (دژاکام و امین الرعایا، ۱۳۸۲). یکی از درمان‌هایی روان‌شناختی که به مشکلات و رنج‌های غیرقابل اجتناب نگاه متفاوت و در عین حال کاربردی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ نام دارد. این درمان یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، یعنی، ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلفی است که متناسب‌تر باشد نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره یا تمایل‌های آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی^۲ و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که چهارچوب رابطه ذهنی خوانده می‌شود. به‌زعم هیز و استروسال (۲۰۱۰). می‌توان این درمان را این‌گونه تعریف کرد: یک مداخله زمینه‌گرایی کارکردی مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه است که رنج انسان را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق فرایندهای پذیرش^۳، گسلش^۴، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال^۵، ارزش‌ها و ایجاد الگوی گسترده عمل متعهدانه^۶ مربوط به این ارزش‌ها است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشد و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده

1. acceptance and commitment therapy
2. functional contextualize
3. acceptance
4. diffusion
5. contact with the present
6. commitment action

باشد. مزیت عمده این روش درمانی نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند عمده دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانی می‌شود، که در بالا ذکر شده‌اند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰).

در راستای اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی پژوهش‌های کمی صورت گرفته است. لشنی (۱۳۹۱) نشان داد این درمان بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش افسردگی و اضطراب همسران جانبازان ضایعات نخاعی مؤثر است؛ امان‌اللهی، حیدریان فر، خجسته مهر و ایمانی (۱۳۹۳) نشان دادند که درمان ACT بر درمان پریشانی زوجها مؤثر است؛ رجبی، ایمانی، میرامی، بشلیده و خجسته مهر (۱۳۹۲) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه نگر بر نگرانی اثربخشی بیشتری دارد؛ پترسون، ایفرت و دیویدسون، گئورگ و فینگولد (۲۰۰۹) با به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب و افزایش رضایت زناشویی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب میان فردی و روان‌شناختی همسران مؤثر است؛ نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳) نشان دادند درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین مؤثر است و روبین، والسر، گارورت، کارلین، تروک و دانیل (۲۰۱۵) دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افکار خودکشی جانبازان مؤثر بوده است.

با بازگشت رزمندگان به خانواده به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر روح و روان افراد تأثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده به‌خصوص همسران آنان هم چنان ادامه دارد (هادی تبار، نوایی نژاد و احقر، ۱۳۹۰). با گذشت بیش از ۲۵ سال از پایان جنگ و طولانی بودن میزان معلولیت جانبازان، همسران آنان که قربانیان فراموش شده جنگ نام گرفته‌اند در این مدت طولانی با داشتن مسئولیت‌های متعدد از قبیل پرستاری از همسر، فرزند پروری و مشکلات مربوط به زندگی شهری و کاهش ارتباطات معمول دچار فرسودگی تدریجی شده‌اند و به خدمات روانشناختی نیازمندند. با توجه به اهمیت مسائل و مشکلات جانبازان و همسران آن‌ها پرداختن به مشکلات و متغیرهای اساسی خانوادگی آنان از جمله رضایت زناشویی ضروری به نظر می‌رسد با توجه به اهمیت این موضوع از یک‌سو و همچنین مشخصه‌ها و قابلیت‌های درمان پذیرش و تعهد از سوی دیگر، این سؤال مطرح می‌شود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی مؤثر است؟

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه همسران جانباز و آزاده شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ که در برنامه‌های آموزشی بنیاد شرکت داشتند، بود. ۲۰ همسر جانباز و آزاده به‌صورت هدفمند-داوطلب بر اساس ملاک‌های ورود داشتن

فرزند، موافقت برای شرکت در طرح پژوهشی، زندگی کردن زن و شوهر در محیط خانواده و بستری نبودن همسر در آسایشگاه، تک همسر بودن جانباز و دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ و ملاک های خروج سابقه ازدواج قبلی و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و روان‌پزشکی انتخاب گردیدند. ۲۰ شرکت‌کننده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. جلسه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش در طی ۸ جلسه، هفته‌ای ۲ بار و در هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه رضایت زناشویی: پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ^۱ توسط اولسون و فرینر^۲ در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است. فرم اصلی ۱۱۵ ماده‌ای است که در یک پژوهش به فرم کوتاه ۴۷ ماده‌ای کاهش یافته است که شامل ۱۲ خرده مقیاس پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، موضوع‌های شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و بچه‌ها، بستگان و دوستان نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهت‌گیری عقیدتی است. ماده‌های این ابزار در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) مرتب شده است، که نمره بالاتر نشان‌دهنده رضایت از روابط زناشویی است. اولسون (۱۹۸۹) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۳، اولیاء (۱۳۸۸) ۰/۹۱ و آسوده (۱۳۸۹) ضریب پایایی باز-آزمایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش نموده‌اند.

صورت جلسه‌های مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳)

جلسه اول: بیان قوانین گروه از جمله رازداری، احترام و غیره. تشریح درماندگی خلاق با استفاده از استعاره‌های ببر گرسنه و مسابقه طناب‌کشی.

جلسه دوم: تشریح سم حصار ذهن و همچنین پادزهر آن، یعنی، رهایی از ذهن، تشریح و توضیح استعاره‌های سه گانه و عملکرد ذهن.

جلسه سوم: بیان سم مهم بودن انتظارات و همچنین پادزهر آن، یعنی، ضعیف کردن انتظارات با کمک استعاره چهار خواستگار. **جلسه چهارم:** سم ارزش‌های مبهم و پادزهر ارزش‌های واضح با کمک تشریح و توضیح استعاره تشییع جنازه و استعاره کارگردان زندگی خود.

جلسه پنجم: تشریح ارزش‌ها و اهداف و همچنین مبهم بودن و وضوح آن‌ها با استفاده از استعاره‌های سالگرد ازدواج.

جلسه ششم: همچنین تشریح ویژگی‌های سم قطع ارتباط و پادزهر آن، یعنی یکی شدن با همسر.

1. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire
2. Olson & Fournier

جلسه هفتم: سم تمایل به اجتناب و پادزهر تمایل به پذیرش، تشریح اثرات اجتناب تجربه‌ای با استفاده از پادزهر میل به پذیرش.

جلسه هشتم: جمع‌بندی و بررسی تکالیف و تمرین‌های جلسه قبل، خلاصه و رفع اشکال از مباحث پیشین.

روند اجرای پژوهش

ابتدا ضمن اخذ مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش از بنیاد شهید شهر کرمانشاه، ۲۰ زن شرکت‌کننده در برنامه‌های آموزشی بنیاد شهید مرکز کرمانشاه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند، که گروه آزمایش ۸ جلسه به صورت ۲ بار در هفته و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. روند جلسات بدین صورت بود که در جلسه اول ابتدا اعضا با یکدیگر آشنا شدند و قوانین گروه از جمله اهمیت رازداری و نظم و غیره بیان شد. همچنین به منظور جلب اعتماد به اعضا اطمینان داده شد که پاسخ‌های آن‌ها محرمانه خواهند بود. در این جلسه درماندگی خلاق آموزش با استفاده از استعاره‌های ببر گرسنه و مسابقه طناب‌کشی با هیولا داده شد که شرکت‌کننده‌ها در قالب بحث گروهی هم به ناکارآمدی روش‌های خود پی ببرند و هم انگیزه بیشتری برای ادامه پیدا کنند. از نظر ACT پنج سم در روابط زناشویی بین زوجها وجود دارد که عامل مهمی در نارضایتی زناشویی است که در هر جلسه به بیان یک سم و یک پادزهر پرداخته شد و برای هر یک از سم‌ها از استعاره‌ها و تمثیل‌ها برای فهم بهتر و ارتباط برقرار کردن راحت‌تر شرکت‌کننده‌ها استفاده شد. در جلسه دوم به بیان اولین سم که حصار ذهن است و عملکرد ذهن توضیح داده شد و در ادامه گفته شد هنگامی که افراد در ذهن محصور می‌شوند مشکلات پیش می‌آید که برای پادزهر آن رهایی از ذهن آموزش داده شد. در جلسه سوم به تعریف انتظارات و اینکه اگر رهبری زندگی به دست انتظارات باشد چه مشکلاتی پیش خواهد آمد که با معرفی پادزهر آن از قدرت انتظارات کاسته می‌شد. در جلسه‌های چهارم و پنجم به دلیل اهمیت بحث ارزش‌ها در این درمان به مبهم بودن و وضوح آن برای شرکت‌کننده آموزشی همراه با استعاره‌ها و تمرین‌های عملی داده شد. در جلسه ششم ویژگی‌های قطع ارتباط و یکی شدن با همسر بیان گردید. در جلسه هفتم به بیان سم و ریشه بسیاری از آسیب‌ها از دیدگاه اکت که تمایل به اجتناب و اجتناب تجربه ایست پرداخته شد درحالی‌که اگر پذیرش افراد افزایش پیدا کند به آخرین پادزهر در رابطه دست پیدا خواهند کرد؛ و در جلسه هشتم تمرین و تکالیف جلسه قبل پیگیری شد و نقاط مبهم و سؤالات مطرح‌شده پاسخ داده شد. در ضمن پاسخگویی و رفع ابهامات اعضا باهم درکنش و واکنش بودند که این مباحثه گروهی خود باعث تکاپو و فعال بودن اعضا و مشارکت اعضا در بحث‌ها گردید. در نتیجه تبادل اطلاعات و نظرات، یادگیری بیشتری رخ داد. همچنین به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی جلسه‌های فوق‌الذکر برای گروه گواه پس از اجرای پس‌آزمون هر دو گروه اجرا شد و آنان نیز از این آموزش‌ها بهره‌مند شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از آماره‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و استنباطی مانند تحلیل کوواریانس بر اساس رعایت مفروضه‌ها برای پاسخگویی به سؤال پژوهش استفاده شد. همچنین داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS-۲۰ تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش ۴۲/۲ و ۶/۱۰ با حداقل و حداکثر ۳۴ و ۵۳ سال و میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج این گروه ۲۵/۲ و ۵/۱۳ سال و میانگین و انحراف معیار گروه کنترل ۴۴/۱ و ۴/۰۱ با حداقل و حداکثر ۳۹ و ۵۴ سال و میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج این گروه ۲۲ و ۵/۰۹ به‌دست‌آمده است. همچنین ۷۴ درصد شرکت‌کننده‌های مطالعه حاضر دارای تحصیلات ابتدایی و سیکل و مابقی دیپلم بودند.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار متغیر رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل					
متغیر	آماره‌ها		مرحله	میانگین	
	انحراف معیار	گواه		کنترل	آزمایش
موضوعات شخصیتی	۴	۳/۸۶	۱۷/۴۰	۱۵/۶۰	پیش‌آزمون
	۲/۸۸	۳/۸۰	۱۹/۱۰	۱۵/۷۰	پس‌آزمون
ارتباط زناشویی	۵/۱۰	۴/۳۲	۱۶/۹۰	۱۳/۷۰	پیش‌آزمون
	۵/۴۵	۴/۰۵	۲۰	۱۴/۰۰	پس‌آزمون
حل تعارض	۲/۷۶	۳/۷۶	۱۴/۹۰	۱۳/۲۰	پیش‌آزمون
	۴/۴۳	۳/۴۷	۱۷/۹۰	۱۳/۹۰	پس‌آزمون
مدیریت مالی	۲/۳۹	۳/۷۴	۱۵/۸۰	۱۵/۰۰	پیش‌آزمون
	۴/۷۹	۳/۹۰	۱۸/۱۰	۱۵/۱۰	پس‌آزمون
اوقات فراغت	۳/۶۵	۳/۴۰	۱۶/۶۰	۱۴/۴۰	پیش‌آزمون
	۵/۰۲	۳/۸۲	۱۷/۹۰	۱۳/۸۰	پس‌آزمون
روابط جنسی	۴/۳۱	۳/۳۲	۱۶/۲۰	۱۴/۸۰	پیش‌آزمون
	۲/۹۲	۳/۵۲	۱۸/۱۰	۱۴/۹۰	پس‌آزمون
فرزند پروری	۴/۹۴	۳/۸۸	۱۴/۶۰	۱۴/۳۰	پیش‌آزمون
	۴/۹۷	۴/۱۶	۱۶/۵۰	۱۴/۳۰	پس‌آزمون
خانواده و دوستان	۳/۲۷	۲/۵۱	۱۶/۴۰	۱۵/۹۰	پیش‌آزمون
	۱/۸۹	۲/۴۷	۱۷/۶۰	۱۶/۱۰	پس‌آزمون
جهت‌گیری مذهبی	۲/۴۸	۳/۱۶	۱۴/۲۰	۱۳/۶۰	پیش‌آزمون
	۴/۰۸	۳/۱۵	۱۴/۶۰	۱۳/۸۰	پس‌آزمون
رضایت زناشویی	۲۲/۲۳	۲۲/۳۷	۱۴۳/۰۰	۱۳۰/۵۰	پیش‌آزمون
	۲۶/۱۵	۲۲/۷۶	۱۵۹/۸۰	۱۳۰/۶۰	پس‌آزمون

نتایج آزمون نرمال بودن کالموگروف اسمیرنوف نشان می‌دهند که داده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های موضوع‌های شخصیتی ($Z = ۱/۰۱, p = ۰/۲۵۵$)، ارتباط زناشویی ($Z = ۱/۲۵, p = ۰/۰۸۷$)، حل تعارض ($Z = ۱/۳۰, p = ۰/۰۶۰$)، مدیریت مالی ($Z = ۱/۰۹, p = ۰/۰۹$)، اوقات فراغت ($Z = ۱/۲۴, p = ۰/۰۸۹$)، روابط جنسی ($Z = ۱/۴۶, p = ۰/۰۵۷$)، فرزندپروری ($Z = ۱/۲۲, p = ۰/۰۹۲$)، خانواده و دوستان ($Z = ۱/۰۳, p = ۰/۲۹۰$)، جهت‌گیری مذهبی ($Z = ۱/۹۷, p = ۰/۴۷۴$) و رضایت زناشویی ($Z = ۰/۹۳۹, p = ۰/۳۴۱$) تابع توزیع نرمال می‌باشند، و نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لون نیز نشان دادند که واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های موضوع‌های شخصیتی ($F = ۰/۹۵, p = ۰/۷۵۸$)، ارتباط زناشویی ($F = ۰/۰۹۲, p = ۰/۰۹۲$)، حل تعارض ($F = ۱/۲۲, p = ۰/۳۱۱$)، مدیریت مالی ($F = ۰/۹۷, p = ۰/۴۷۴$)، اوقات فراغت ($F = ۰/۱۷, p = ۰/۶۷۴$)، روابط جنسی ($F = ۰/۵۱, p = ۰/۴۶۷$)، فرزند پروری ($F = ۱/۲۱۶, p = ۰/۲۱۶$)، خانواده و دوستان ($F = ۱/۷۷, p = ۰/۱۸۶$)، جهت‌گیری مذهبی ($F = ۰/۴۴۴, p = ۰/۴۴۴$) و رضایت زناشویی ($F = ۱/۳۱, p = ۰/۲۵۳$) با هم برابر هستند.

مفروضه رابطه خطی پیش‌آزمون (کوواریته یا متغیر تصادفی کمکی) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) در گروه آزمایش برای خرده مقیاس‌های موضوع‌های شخصیتی ($r = ۰/۴۰, p = ۰/۶۶۶$)، ارتباط زناشویی ($r = ۰/۵۱, p = ۰/۵۹۷$)، حل تعارض ($r = ۰/۳۱, p = ۰/۵۷۶$)، مدیریت مالی ($r = ۰/۳۴, p = ۰/۷۰۷$)، اوقات فراغت ($r = ۰/۳۰, p = ۰/۴۹۴$)، روابط جنسی ($r = ۰/۱۶, p = ۰/۰۸۴$)، فرزندپروری ($r = ۰/۶۲, p = ۰/۴۳۵$)، خانواده و دوستان ($r = ۰/۲۹, p = ۰/۷۴۷$)، جهت‌گیری مذهبی ($r = ۰/۳۷, p = ۰/۴۷۴$) و رضایت زناشویی ($r = ۰/۱۱, p = ۰/۹۱۵$) و در گروه گواه در خرده مقیاس موضوع‌های شخصیتی ($r = ۰/۴۹, p = ۰/۷۰۹$)، ارتباط زناشویی ($r = ۰/۱۲, p = ۰/۸۸۲$)، حل تعارض ($r = ۰/۵۰, p = ۰/۸۴۷$)، مدیریت مالی ($r = ۰/۴۵, p = ۰/۶۳۷$)، اوقات فراغت ($r = ۰/۰۹۱, p = ۰/۰۹۱$)، روابط جنسی ($r = ۰/۱۹, p = ۰/۰۶۰$)، فرزندپروری ($r = ۰/۵۹, p = ۰/۶۲۴$)، خانواده و دوستان ($r = ۰/۲۷, p = ۰/۱۲۰$)، جهت‌گیری مذهبی ($r = ۰/۵۴, p = ۰/۵۴۱$) و رضایت زناشویی ($r = ۰/۱۳, p = ۰/۸۲۰$) نشان از رعایت فرض خطی بودن روابط پیش‌آزمون و پس‌آزمون در همه خرده مقیاس‌ها است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون بین زنان گروه آزمایش و گواه در خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی از جمله موضوع‌های شخصیتی ($F = ۵/۰۷, p \leq ۰/۰۴۱$)، ارتباط زناشویی ($F = ۷/۷۸, p \leq ۰/۰۱۲$)، حل تعارض ($F = ۷/۸۷, p \leq ۰/۰۱۲$) و روابط جنسی ($F = ۴/۸۵, p \leq ۰/۰۴۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. البته تفاوت‌های مشاهده شده در این خرده مقیاس‌ها به نفع تأثیر مثبت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در گروه آزمایش یا مداخله است. باید خاطر نشان کرد که در مابقی خرده مقیاس‌ها بین دو گروه تفاوت دیده نمی‌شود.

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس رضایت زناشویی پس از کنترل پیش‌آزمون

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	p	توان آزمون	ضریب تأثیر
موضوعات شخصیتی	۵۷/۸۲	۱	۵۷/۸۲	۵/۰۷	$\leq ۰/۰۳۷$	۵۰/۲	۰/۹۲
ارتباط زناشویی	۱۸۰	۱	۱۸۰	۷/۷۸	$\leq ۰/۰۱۲$	۱۲۳	۱
حل تعارض	۱۲۵	۱	۱۲۵	۷/۸۷	$\leq ۰/۰۱۲$	۱۱۲	۱
مدیریت مالی	۴۵	۱	۴۵	۲/۳۵	۰/۱۴۲	۳۶۰	۰/۱۵
اوقات فراغت	۸۴/۰۵	۱	۸۴/۰۵	۴/۲۲	۰/۰۵۵	۶۹/۲۵	۰/۵۹
روابط جنسی	۵۱/۲۷	۱	۵۱/۲۷	۴/۸۵	$\leq ۰/۰۴۱$	۴۵/۲	۰/۷۸
فرزند پروری	۲۴/۲۱	۱	۲۴/۲۱	۱/۱۵	۰/۲۹۸	۱۶/۲	۰/۰۲
خانواده و دوستان	۱۱/۲۵	۱	۱۱/۲۵	۲/۳۲	۰/۱۴۵	۹/۲۵	۰/۱۵
جهت مذهبی	۳/۲۰	۱	۳/۲۰	۰/۲۴	۰/۶۳۱	۱/۱۰	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی	۴۲۶۳/۲۳	۱	۴۲۶۳/۲۳	۷/۰۹	$\leq ۰/۰۱۶$	۴۱/۳۲	۱

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده انجام گرفت. نتایج نشان داد که این درمان باعث افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده شده است، که با یافته‌های پترسون و همکاران (۲۰۱۲)، پترسون و همکاران (۲۰۰۹)، نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳) و لشنی (۱۳۹۱) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و اضطراب زوجین همسو است. این‌گونه می‌توان بیان نمود که یکی از مزیت‌های درمان ACT آموزش به مراجعین برای تجربه کامل هیجان‌ها و احساس‌های جسمانی‌شان بدون هیچ‌گونه اجتناب و گام برداشتن در مسیر زندگی مبنی بر ارزش‌ها برای تغییر رفتار است. هدف صریح در درمان ACT کاهش تلاش برای کنترل درونی، اجتناب تجربه‌ای، افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گسترده‌ای از عواطف است (لویت و کارکلا، ۲۰۰۵). در همین راستا هافمن و داسموندسون (۲۰۰۸) هدف اصلی در زوج درمانی با رویکرد ACT را درمان‌های اجتناب‌های هیجانی، گسترش محتوای شناختی و ایجاد و حفظ تعهد در تغییرات رفتاری بیان می‌کنند. تبیین دیگر این است که ACT زوجین را تشویق می‌کند که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یافته و مجذوب آن‌ها گردند، این ارزش‌ها می‌تواند در روابط با همسر در طول زندگی نمود پیدا کنند. از آنجا که این زوجین همسران جانبازی دارند که از شرایط جسمانی و روحی متفاوتی برخوردار هستند لذا مواردی همچون استعاره‌های رنج پاک و رنج ناپاک برای آنها الهام‌بخش بوده و از طریق این نگاه متفاوت توانسته‌اند بر مبنای ارزش‌ها

و در جهت آنها گستره زندگی خود را با همسر پایه‌ریزی نمایند. در کل چنین به نظر می‌رسد که درمان پذیرش و تعهد باقابلیت‌ها و خصایص خود به زوجین کمک کرده تا عواطف، احساس‌ها، تجارب، افکار و علائم بدنی را به شیوه‌های جدید و متفاوت از قبل تجربه کنند، به طوری که کشمکش با واکنش‌های افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهند، لذا زنان گروه آزمایش قادر شده‌اند با تمرین‌های پذیرش و تمرکز حواس حساسیت‌ها و کنترل‌های خود را به مقدار قابل توجهی کاهش داده و در نتیجه رضایت زناشویی آنها به طور معنی‌داری افزایش یافته است.

یافته دیگر این بود که اثربخشی درمان بر خرده مقیاس ارتباط زناشویی بود. در این راستا قابل ذکر است که زنان از طریق پذیرش و تمرین‌های گسلش یاد می‌گیرند بدون قضاوت، تحقیر، اهانت و مقایسه کردن، همسر خود را آن‌گونه که هست بپذیرد، همچنین با آموزش معنای جدیدی از کنجکاوی که در درمان اشاره می‌شود روابط همسران شکل جدیدتری به خود می‌گیرد، لذا درمان در این بخش بر این مؤلفه ارتباط زناشویی مؤثر بوده است. به عبارت دیگر، مکانیزم تغییر بدین شکل است که وقتی برای شرکت‌کننده‌ها تصریح ارزش‌ها رخ می‌دهد، ارزش‌ها برای آنها مهم و شخصی شده و با شیوه سازگاران تری به حل تعارض‌ها می‌پردازند، لذا از این طریق اهمیت رابطه با همسر در زندگی را با دید بهتری بررسی می‌کنند. همچنین مزیت دیگر گسلش و پذیرش، آگاهی یافتن از آن چیزی است که از نظر شریک زندگی و روابط آن‌ها مهم است. این باعث می‌شود که از رفتارهایی که منجر به واکنش ناخوشایند دیگری می‌شود آگاه شوند، و در نتیجه از مسیر ارزش‌ها دور نشده و رفتارهای مشکل‌زا را انتخاب نکنند.

یافته دیگر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث حل تعارض شده است، که با یافته‌های پترسون و همکاران (۲۰۱۲)، پترسون و همکاران (۲۰۰۹) و لشنی (۱۳۹۱) همسو است. در تبیین این یافته نیز می‌توان عنوان نمود که همان‌طوری که برای شرکت‌کننده‌ها تصریح ارزش‌ها رخ می‌دهد و ارزش‌ها برای آنها مهم و مشخص می‌شود با شیوه سازگاران تری نسبت به قبل به حل تعارض‌ها می‌پردازند. زوجین به این شیوه به اهمیت رابطه با همسر در زندگی پی می‌برند، با تأمل بیشتری به رفتارهای شریک خود پاسخ می‌دهند. در حقیقت با افزایش خزانه رفتاری خود دست از اجتناب‌ها کشیده و با آگاهی بیشتری اقدام به حل تعارض‌ها می‌کنند.

در بعد افزایش روابط جنسی همسران نیز درمان پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری اثربخش بوده است. در خصوص تبیین این نتیجه می‌توان اظهار داشت از آنجا که درمان ACT عمل عشق را از احساس عشق متمایز می‌داند و اعتقاد هست که عشق عمل است نه احساس، می‌توان عنوان کرد که شرکت‌کنندگان به کمک این تفکیک تمرین‌های گسلش و پذیرش را انجام داده و ناخوشایندی‌های موجود در دیگر حوزه‌ها را وارد حوزه روابط جنسی نکرده‌اند. به نظر می‌رسد که این مهارت به زنان کمک کرده تا روابط جنسی خود را جدای از احساس‌های ناخوشایند موجود که گذرا هستند انجام دهند.

در بعد اوقات فراغت نیز افزایش معنی‌داری در شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش نسبت به شرکت‌کننده‌های گروه کنترل مشاهده شد. با کمک تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه در درمان به زنان آموزش داده‌شده تا در مسیر ارزش شخصی و ارزش خود بودن در زمان حال متعهدانه عمل کنند. از سوی دیگر با مطرح شدن برخی افسانه‌ها در روابط همسران و تصریح ارزش‌ها زوجین برای اوقات فراغت خود که یکی از مؤلفه‌های مهم رضایت زناشویی است برنامه‌ریزی بهتری انجام می‌دهند. با تغییر دیدگاه از نقش خود در خانواده به‌عنوان قربانی و بهره‌مندی از قدرت انتخاب، چشم‌انداز جدیدی برای اوقات همسران فراهم می‌شود. همچنین با ضعیف کردن انتظارات، شرکت‌کننده‌ها رابطه خوشایندتری در رابطه با همسر خود تجربه می‌کنند، که این رابطه جدید منجر به کاهش واکنش‌های منفی در تعاملات می‌شود. آگاهی بر رفتار خود عامل مؤثر دیگری برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و در نتیجه ارتباط زناشویی می‌شود. در همین راستا، پژوهش‌های ایفرت و همکاران (۲۰۱۲)، تاوینگ و کراسی (۲۰۱۰)، نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳) و وود، ولترنک و فلسنر (۲۰۰۶) نشان دادند زوج‌هایی با انعطاف‌پذیری بیشتر عملکرد زناشویی بهتری دارند (کرادوک، ۲۰۰۷). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بدین معناست که باعث افزایش خزانه رفتاری فرد در مواقع مختلف می‌شود (هیز، ۲۰۰۴). افزایش خزانه رفتاری فرد در تنوع رفتار و تفاوت با الگوهای رفتاری قبلی و در جهت ارزش‌های رابطه زناشویی رخ می‌دهد که منجر به تأثیر مثبت می‌شود.

یافته دیگر پژوهش عدم اثربخشی معنی‌دار درمان ACT بر جهت‌گیری مذهبی زوجین بود. این یافته با پژوهش لشنی (۱۳۹۱) که این درمان بر جهت‌گیری مذهبی مؤثر نیست، همخوان است. این‌طور می‌توان بیان کرد از آنجایی‌که درمان ACT تأکید زیادی بر روی ارزش‌ها و عمل متعهدانه دارد و مباحث خود را با افراد از «درماندگی خلاق» آغاز می‌کند، بنابراین شرکت‌کننده‌ها بر حوزه‌هایی که درماندگی را بیشتر احساس می‌کنند تمرین و توجه بیشتری دارند. از سوی دیگر، جهت‌گیری مذهبی در چارچوب ارزش‌های فردی و اجتماعی است، هیز و استروسال (۲۰۱۰) نیز بیان می‌کنند که ACT یک فلسفه زندگی است. با توجه به موارد فوق تمرکز بر روی این مسائل صورت نگرفته و بالطبع تغییری حاصل نشده است.

درمان ACT نشان داد که این درمان بر خرده‌مقیاس مدیریت مالی و فرزند پروری کارساز نیست. در خصوص معنی‌دار نشدن خرده‌مقیاس فرزند پروری و مالی می‌توان به تحت آموزش بودن یکی از والدین (صرفاً مادران) اشاره کرد. در بحث فرزند پروری هماهنگی هر دو والد مطرح است. تبیین دیگر این است که چنین به نظر می‌رسد تغییر الگوهای ارتباطی در درون خانواده تحت تأثیر عملکرد کل اعضای خانواده و مسائل قومیتی و فرهنگی باشد. بدین‌صورت که شاید اگر مردان نیز در آموزش‌ها مشارکت داده شوند احتمالاً نتایج بهتری در حوزه مسائل مالی به دست آید. همچنین با توجه به متغیرهای فرهنگی نمونه از جمله خصایص شغلی و سطح تحصیلی آنان معمولاً مدیریت مالی خانواده‌ها در اختیار مردان خانواده است و زنان نقش کم‌رنگ‌تری در این حوزه‌ها دارند؛ بنابراین چنین به نظر

می‌رسد درمان و آموزش بر روی زنان نمونه نتوانسته است چندان بر روی مدیریت مالی خانواده مؤثر باشد.

یافته دیگر نشان داد که این درمان بر خرده مقیاس خانواده و دوستان مؤثر نیست. باید به این نکته توجه کرد که ارتباط با دوستان، اقوام و بستگان موضوعی جمعی و خانوادگی است و نه شخصی و انفرادی. تصمیم برای افزایش و بهبود روابط نیاز به موافقت و همکاری و رغبت تمامی اعضاء از جمله همسر و فرزندان است که با توجه به شرایط جسمی و روحی که جانبازان دارند ممکن است همسران آنها تمایل و یا رغبت کمتری برای وسعت بخشیدن به ارتباطات داشته باشند. به طوری که این ارتباطات می‌تواند در تکالیف و نقش‌های همسری و مادر برای زنان اثرات منفی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

با وجود نوظهور بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان‌های دیگر، ادبیات محدود این رویکرد نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند در حوزه خانواده درمانی و زوج درمانی مؤثر باشد. پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سطح رضایت زناشویی را به طور کلی و در خرده مقیاس‌هایی از جمله، موضوع‌های شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض و روابط جنسی به طور اخص افزایش دهد. نمونه پژوهش محدود به همسران جانباز شهر کرمانشاه است و قابل تعمیم به دیگر زنان و شهرهای دیگر نیست. در کل با توجه به نتایج پژوهش و مؤثر واقع بودن درمان بر حل تعارض، درمانگران و مشاوران خانواده می‌توانند برای حل تعارض زوجها از این درمان استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود کارشناسان به تهیه و تدوین یک بسته آموزشی-درمانی ACT برای زوجین جهت افزایش رضایت زناشویی و پیشگیری از ناراضیاتی که عاملی برای سوق به طلاق است بپردازند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی درمان بر روی هر دو زوج به کار گرفته شود.

منابع

- ابراهیمی، امر اله؛ بوالهروی، جعفر و ذوالفقاری، فضیله. (۱۳۸۱). بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی. *مجله‌ی روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۸(۳)، ۴۸-۴۰.
- آسوده، محمد حسین. (۱۳۸۹). *عوامل‌های ازدواج موفق از دیدگاه زوجین خوشبخت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران.

امان الهی، عباس؛ حیدریان فرد، نرگس؛ خجسته مهر، رضا و ایمانی مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوجها. *مجله دو فصلنامه مشاوره کاربردی*. ۱۴(۱)، ۱۰۵-۱۲۰.

اولیاء، نرگس. (۱۳۸۸). *اثربخشی آموزش برنامه غنی‌سازی بر افزایش رضایت زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، اصفهان.

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوبت دوم، انتشارات جنگل. پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان. *مجله دانش و بهداشت و درمان*، ۶(۲)، ۵-۱.

پورمیدان، سمیه؛ نوری، ابوالقاسم و شفق، سعید عباس. (۱۳۹۳). رابطه سبک زندگی با رضایت زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۳۳۳-۳۳۱.

حر، مریم؛ آقایی، اصغر و عابدی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی در بیماران با دیابت نوع دوم. *مجله علمی-پژوهشی و رفتاری*، ۱۱(۲)، ۱۲۱-۱۲۸.

خدایاری فرد، محمد؛ شهابی، روح‌الله و زردخانه، سعید. (۱۳۸۶). رابطه نگرش مذهبی با رضایت‌مندی زناشویی دانشجویان متأهل. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۱۰)، ۶۲۰-۶۱۱.

خیرخواه، فروزان. (۱۳۸۰). بررسی میزان فراوانی و علائم افسردگی در جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی استان گلستان و مازندران در سال ۱۳۸۰. *خلاصه مقالات کنگره سراسری نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)*. ص. ۱۵۷.

دژاکام، محمود و ایمن‌الرعایا، آریتا. (۱۳۸۲). مقایسه نسبت سلامت روان همسران جانباز اعصاب روان تهران مراجعه‌کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع). *مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانبازان و خانواده*. ص. ۱۱۴.

رجبی، غلام‌رضا؛ ایمانی، مهدی؛ خجسته مهر؛ رضا؛ بیرامی، منصور و بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۱). بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌تر به نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۶)، ۶۰۰-۶۱۹.

رحیم‌پور، فرزانه؛ صالحی، سید یوسف؛ حسینیان، سیمین و عباسیان، محبوبه. (۱۳۹۲). تبیین رضایت زناشویی زوجین بر اساس هوش معنوی و طرح‌واره ناسازگارانه اولیه. *فصلنامه علمی-پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی*، ۴(۳)، ۷۷-۹۰.

رحیمی، ندا. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان‌فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه محقق اردبیلی.

- سلیمی، سید حسن؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ امیری، ماندانا و نقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۷). ابعاد رضایت زناشویی در همسران جانباز. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۴(۴)، ۷۲-۵۵.
- شاهی، عبدالستار؛ غفاری، ابراهیم و قاسمی فلاورجانی، خلیل. (۱۳۹۰). رابطه سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی زوجین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۵(۲)، ۱۱۹-۱۲۶.
- عارفی، مختار؛ محسن زاده، فرشاد؛ قزلباشیان، زهرا؛ صادق‌پور، اتوسا و شیخ اسمعیلی، دنلیا. (۱۳۹۳). همسانی شخصیتی، پنج عامل بزرگ شخصیت و رضایت زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۴)، ۵۵۱-۵۶۹.
- لشنی، لیلا. (۱۳۹۱). *اثر بخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با ذهن آگاهی بر رضایت‌مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.
- مظاهری، محمدعلی. (۱۳۷۹). نقش دل‌بستگی بزرگسالان در کنش وری ازدواج. *مجله روان‌شناسی*، ۱۴(۳)، ۲۸۶-۳۱۸.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. *مجله ناتوانایی‌های یادگیری*، ۲(۴)، ۱۷۶-۱۵۴.
- نریمانی، محمد و بخشایش، رباب. (۱۳۹۳). *اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق*. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۳(۵۲)، ۱۰۸-۱۲۲.
- هادی تبار، حمید؛ نوابی نژاد، شکوه و احقر، قدسی. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال ۸۹-۹۰. *طب جانباز*، ۴(۱۴)، ۱-۱۱.
- وفایی، باقر و صیدی، علی. (۱۳۸۲). بررسی میزان شیوع و شدت افسردگی در ۱۰۰ نفر از جانبازان ۳ الی ۷۰ درصد شیمیایی و غیر شیمیایی جنگ تحمیلی تبریز. *مجله طب نظامی*، ۵(۲)، ۱۰۵-۱۱۰.

Ahmadi, K., Nabipoor, S. M., Kimiaee, S. A., & Afzali, M. H. (2010). Effect of family problem Solving on marital Satisfaction. *Journal of Applied Science*, 1(8), 682-687.

Bradbury, T. N., Finchman, F. D., & Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage & Family*, 62, 946-980.

- Craddoc, A. E. (2007). Relationship between attitudinal similarity couples satisfaction in married and de factor couples. *Australian Journal of Psychology*, 43, 11-16.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer. D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
- Ellis, B. J. (1992). *The evolution of sex attraction: Evolution mechanisms in women, in the Adapted mind, Evolution of psychology and Generation of culture*. New York: Oxford University.
- Hafmans, S. G., & Asmyndson, G. J. (2008). Acceptance and mind fullness-based therapy: New wave or old hat. *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy. Relational from theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 639-665.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer science and business media Inc.
- Huber, C. H., Navarro, R. L., Womble, M. W., & Mumme, F. (2010). Family resilience and midlife marital satisfaction. *The family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 33, 347-456.
- Levilt, J. T., & Karekla, M. (2005). *Integrating acceptance and mind fullness with cognitive behavioral treatment for panic disorder*. In *acceptance and mind fullness based approaches to anxiety (pp. 165-188)*. New York: Springer.
- Maltby, J., Day, L., McCutcheon, L. E., Gillett, R., Houran, J., & Ashe, D. D. (2004). Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*, 95, 411-428.
- Peterson, B. D., Eifert, Georg H., Feingold, Tal., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distress couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavior practice*, 16, 430-442.

- Rabino, M. E., Prost, M., & Boetsch, G. (2005). Social structure and consanguinity in a French mountain population (1550-1849). *Human Biology*, 77(2), 201-212.
- Robyn, D., Walser, D. W., Garvert, E., Karlin, M., Trocke, I., & Danielle, M. (2105). Effectiveness of acceptance and commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behavior Research and Therapy*, 74, 25-31.
- Rosen, G. J., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 2(1), 58-68.
- Sternberg, R. J., & Hojjat, M. (1997). *Satisfaction in close relationships*. New York: Guilford.
- Twohing, M. L. P., Crosbt, N., & Jesse, M. (2010). Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic Internet pornography viewing. *Behavior Therapy*, 41, 2585-295.
- Winch, R. F. (2000). *selected studies in marriage and the family*, Gthed, New York: Henry Holt.
- Wood, D., Welterneck, C. T., & Flessner, C. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behavior Research and Therapy*, 44, 639-656.