

مقایسه اثربخشی زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نهایی‌خواهی زوجین سازش نایافته*

فاطمه هوشیار^۱، کریم افشاری‌نیا^۲، مختار عارفی^۳، کیوان کاکابرای^۴، حسن امیری^۵

Comparison of effectiveness of behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the final of couples ' go undetected compromise

Fatemeh Houshyar¹, Karim Afshari Nia², Mokhtar Arefi³, Keyvan Kakabarai⁴, Hassan Amiri⁵

چکیده

زمینه: نهایی‌خواهی از عواملی است که باعث به وجود آمدن سازش نایافتگی و اختلاف زوجین می‌شود. اثربخشی زوج درمانگری و درمان مبتنی بر پذیرش بر متغیرهای مختلفی در زندگی زوجین تأیید شده است، اما مسئله اصلی این است که چه درمانگری برای زوجین سازش نایافته کارایی بیشتری دارد؟ **هدف:** مقایسه اثربخشی زوج درمانگری و درمان مبتنی بر پذیرش بر نهایی‌خواهی زوجین سازش نایافته بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجین سازش نایافته شهر شیراز که به دادگاه خانواده شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده‌اند بود. از این جامعه ۹۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (۳۰ نفری) آزمایش ۱ و ۲ و گواه جایگزین شدند. ابزار عبارتند از: پروتکل‌های درمان مبتنی بر پذیرش (خانجانی و شکی و همکاران، ۱۳۹۵)، زوج درمانگری (رضوی نعمت الهی و همکاران، ۱۳۹۲) و پرسشنامه نهایی‌خواهی تری شورت و همکاران، (۱۹۹۵). برای سه گروه پیش‌آزمون پرسشنامه اجرا شد، سپس مداخله زوج درمانگری و درمان مبتنی بر پذیرش برای دو گروه آزمایش اجرا، اما برای گروه گواه، مداخله‌ای اعمال نشد. نتایج با روش آنالیز کواریانس تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش بر نهایی‌خواهی زوجین تأثیر معناداری داشتند ($P < 0/001$). بین دو درمان از لحاظ تأثیر بر نهایی‌خواهی تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/001$). لذا درمان مبتنی بر پذیرش اثر بیشتری در کاهش نهایی‌خواهی منفی و افزایش نهایی‌خواهی مثبت دارد ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان برای کاهش نهایی‌خواهی منفی و افزایش نهایی‌خواهی مثبت از درمان مبتنی بر پذیرش بهره جست. **واژه کلیدی‌ها:** زوج درمانگری رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نهایی‌خواهی، زوجین سازش نایافته

Background: Ultimate Seeking is the factors that cause disorganized compromise and the difference between couples. The efficacy of couples therapy and acceptance based therapy on different variables in the lives of couples has been confirmed, but the main issue is that what therapy for couples is go undetected compromise? **Aims:** Comparing the effectiveness of couple therapy and acceptance-based therapy on the final of couples ' go undetected compromise. **Method:** The research was semi-experimental with pretest and posttest design with control group. The statistical population of the study included all couples compromise go undetected in Shiraz who referred to the family Court of Shiraz in 2018. Of this population, 90 people were selected as available and randomly divided into three groups (30 participants), 1, 2, and control. The tool includes acceptance-based treatment protocols (Khanjani, and the colleagues, 2016), Couples therapy (Razavi nemat Elahi et al., 2013), and the ultimate and Terry shorts questionnaire Karan, 1995). For three groups, the pre-test was performed, then intervention of couples therapy and acceptance-based therapy for two groups of experimental study, but for the control group, no intervention was applied. The results were analyzed by covariance analysis. **Results:** The results showed that there was a significant effect between behavioral therapy and acceptance-based therapy on the final of couples ($p = 0/001$). There was a significant difference between the two treatments in terms of final effect ($P = 0/001$). Therefore, acceptance-based therapy has a greater effect on the final reduction of negative seeking and final increase of positive seeking. ($P < 0/05$). **Conclusions:** it can be used for final reduction of negative seeking and final increase of positive seeking from acceptance-based treatment. **Key Words:** Behavioral therapy, acceptance and commitment treatment, final seeking, couples compromise go undetected

Corresponding Author: k.afshariniya@yahoo.com

* مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

^۱ Ph.D Student, Department of Psychology & Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology & Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Psychology & Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

^۴ دانشیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

^۴ Associate Professor, Department of Psychology & Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

^۵ استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

^۵ Assistant Professor, Department of Psychology & Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۹/۲۵

دریافت: ۹۸/۰۷/۰۴

مقدمه

ازدواج مقدس‌ترین و پیچیده‌ترین رابطه میان دو انسان از دو جنس مخالف است که ابعاد وسیع و عمیق و هدف‌های متعددی دارد. ازدواج پیمان و پیوند مقدسی است میان دو جنس مخالف بر پایه روابط پایای جنسی، عاطفی و معنوی و بر اساس انعقاد قرارداد شرعی، اجتماعی و قانونی که تعهداتی را برای زوجین به وجود می‌آورد. بنابراین ازدواج یک تصمیم‌گیری ظریف و پیچیده است که قبل از هرگونه اقدامی باید تمام جوانب را در نظر گرفت. به طور کلی ازدواج، پیوند دو شخصیت است با حفظ نسبت نسبی استقلال هر یک از زن و شوهر، برای همکاری متقابل، نه از بین بردن یک شخصیت به خاطر تکمیل خواسته‌های دیگری. به عبارت دیگر ازدواج، قراردادی است رسمی، برای پذیرش یک تعهد متقابل جهت زندگی خانوادگی، که آدمی در خط سیر معین و مشخصی از زندگی قرار می‌گیرد. این قرار داد با رضایت و خواسته طرفین، بر مبنای آزادی کامل دو طرف منعقد شده و در سایه آن روابطی بس نزدیک بین آن دو پدید می‌آید (صداقت خواه و بهزادی پور، ۲۰۱۷).

نهایی خواهی^۱ یا کمال پرستی در روانشناسی باوریست که در آن باید تمام کارها را به شیوه‌ای وسواسی کامل انجام داد و غیر از آن مورد قبول نیست. از دیدگاه پاتولوژی، کمال پرستی اختلال شخصیتی مربوط به حالت وسواس و اجبار است که در آن انجام کاری یا نتیجه کاری کمتر از کمال باشد، مورد قبول فرد قرار نمی‌گیرد. در چنین حالاتی باورهای یاد شده غیر سالم هستند و روانشناسان از چنین افرادی به عنوان کمال طلبان نابهنجار یاد می‌کند (بخشایش، ۱۳۹۰). فراست نهایی خواهی را وضع معیارهای بالای عملکرد همراه با خود ارزیابی‌های کاملاً انتقادی تعریف می‌کند در حالی که فلیت و هویت (۲۰۰۲) نهایی خواهی را تلاش برای بی‌عیب بودن تعریف کرده‌اند. علیرغم تعاریف متعدد ارائه شده، بیشتر پژوهشگران معتقدند که نهایی خواهی نشان دهنده متغیری شخصیتی همراه با ویژگی‌های شناختی، رفتاری و شکلی از آسیب‌شناسی روانی تعریف شده به وسیله معیارهای شخصی بالا مثل خود انتقادی شدید است بعلاوه می‌تواند تأثیرات منفی بر افکار، عواطف و رفتارها داشته باشد، باعث اختلال در کارکردهای روزمره شود و

همچنین مانع پیشرفت درمانگری اختلال‌ها شود (میری و منصور، ۱۳۹۶).

یکی از مؤثرترین شیوه‌های خانواده درمانی، درمان ارتباطی می‌باشد که کاربرد زیادی را به همراه داشته است. درمانگران متخصص و آشنا به این شیوه، با توجه به برداشت‌های ذهنی، باورها، تفکرات، انتظارات و اعتقادات هر فرد و تأثیر آن بر رفتارهای روزمره، ضمن بررسی و توصیف تأثیرات این عوامل و چگونگی تأثیر آن بر روابط میان فردی، با راهنمایی و اقدامات درمانی و نیز با تصحیح مشکلات شناختی و به کارگیری شیوه‌های نوین رفتاری، ارتباطی و حل مسئله، نه تنها به رشد فردی، بلکه به ایجاد ارتباط صحیح و مناسب افراد نیز می‌پردازد. رویکردهای ارتباطی مربوط به درمان اختلاف‌های زناشویی، تعارض‌ها و کشمکش‌های موجود در روابط زن و شوهر را نتیجه مهارت‌های نابسند مراجعان در برقراری ارتباط و یا ناشی از ناتوانی آنان در حل مؤثر مشکلات تلقی می‌کنند. رویکردهای ارتباطی، اغلب با سه فرض اساسی به بررسی ازدواج و روابط زناشویی می‌پردازند: ۱. تعارض‌های زناشویی غیر قابل اجتنابند. هدف درمان‌های ارتباطی حذف کامل این تعارض‌ها نیست بلکه تلاش می‌کنند تا به آن جهت دهند و آنها را در مسیرهایی سازنده به کار اندازند. ۲. ارتباط در دو سطح کلامی و غیر کلامی روی می‌دهد و یکی از دلایل اصلی بروز اختلاف‌های زناشویی، ناهماهنگی پیام‌هایی است که به طور همزمان توسط این دو سطح منتقل می‌شوند. ناهماهنگی پیام‌های کلامی و غیر کلامی هنگامی افزایش می‌یابد که افراد قادر نیستند پیام خود را به شکلی مستقیم و آزاد ابراز کنند. ۳. همسران در شیوه‌های برقراری ارتباط با یکدیگر تفاوت دارند. البته، چنین اختلاف‌هایی قابل پیش‌بینی است و انتظار وقوع آنها نیز وجود دارد، اما اگر شیوه‌های برقراری ارتباط هر کدام از افراد شناسایی نگردد و معتبر تلقی نشود تعارض و کشمکش ظاهر خواهد شد (برنشتاین و برنشتاین، ۱۹۸۶، ترجمه سهرابی، ۱۳۸۲؛ نظری فر و سودانی، ۲۰۱۶).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف تغییر رابطه مراجع با افکار و احساساتش است، به نحوی که دیگر آنها را نشانه نیند. تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه بر چسب بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زاست و برای سالم بودن

^۱. perfectionism

دارند. همچنین با در نظر گرفتن نقش نهایی خواهی در زندگی زناشویی و با عنایت به این موضوع که دو روی آورد زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال‌های اخیر در زمینه زوج درمانگری بسیار تأثیرگذار بوده‌اند، بنابر این انجام پژوهش‌های تطبیقی در این زمینه می‌تواند نقاط قوت و ضعف هر یک را نسبت به دیگری مشخص کند و درمان مناسب‌تر جهت حل تعارضات زوج‌ها مشخص گردد. با توجه به اینکه طبق بررسی‌های پژوهشگر پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو روی آورد بر نهایی خواهی زوجین پرداخته باشد یافت نشد لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این مسئله می‌باشد که آیا بین اثربخشی زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نهایی خواهی زوجین سازش نایافته تفاوت وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

بین اثربخشی زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نهایی خواهی زوجین سازش نایافته تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زوجین سازش نایافته شهر شیراز که به دادگاه خانواده شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده‌اند تشکیل داد. از بین تمامی زوجین مراجعه‌کننده تعداد ۴۵ زوج (۹۰ نفر) به روش در دسترس بعنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (۳۰ نفری، ۱۵ زوج) به صورت برابر و تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش - سواد خواندن و نوشتن داشته باشند و افرادی که حداقل دوسال از زندگی مشترکشان می‌گذرد، ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و اقدام حقوقی برای طلاق بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که بعد از هماهنگی لازم با ریاست دادگاه خانواده و زوجین، اجرای پژوهش شروع شد. بدین ترتیب که اول برای هر ۳ گروه (آزمایش ۱ و ۲ و گواه) پیش‌آزمون پرسشنامه نهایی خواهی اجرا شد، سپس جلسات زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دو گروه آزمایش اجرا شد (خلاصه جلسات در جدول ۱ و ۲ آورده شده است). اما برای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال

باید از آنها خلاص شد. و این باعث منازعه ما با این افکار و احساسات می‌شود. منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. هدف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسان طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادار دارند. هدف اصلی درمان، کمک به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و روانشناختی زوجین برای انتخاب واکنش‌های مؤثر در لحظاتی است که طرحواره فعال می‌شود. این عمل از طریق ۶ مرحله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میسر می‌شود: «ارزش‌ها، واکنش متعهدانه، شکاف شناختی، خود به عنوان محتوا، ارتباط با زمان حال و پذیرش». این ۶ مرحله مهارت‌هایی هستند که منجر به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و کاهش اجتناب تجربی می‌شوند (هایز و استروسال، ۲۰۱۰).

با توجه به پژوهش‌هایی مثل اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازش یافتگی زناشویی (صمدی و دوستکام، ۱۳۹۶)، حرمت خود جنسی، ناگویی طبیعی، و سازش یافتگی زناشویی (پیرانی، عباسی، کلوانی و نوربخش، ۱۳۹۵)، صمیمیت و تعارضات زناشویی (عرب جانی، بی‌رشک و ابوالمال الحسینی، ۲۰۱۴) و تأثیر زوج درمانگری رفتاری بر سازش یافتگی زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین (عباسی، بگیان کومه مرز، درگاهی و قمری گیوی، ۱۳۹۴)، بر تعارضات زناشویی (مهرابی‌زاده هنرمند، نظری فر و سودانی، ۱۳۹۰) بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین (کریمی نژاد، بگیان کومه مرز و بختی، ۱۳۹۳)، بر تعارضات، کیفیت زندگی و سلامت روانی زوجین (رضوی نعمت‌الهی، رفاهی و محمد ابراهیمی، ۱۳۹۲)، بر رفتار انگیزندگی عاطفی به هنگام تعارض زوجین، (هوشیار، افشاری‌نیا، عارفی، کاکابرایی و امیری، ۱۳۹۸) مقایسه زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی طبیعی زوجین سازش نایافته (بریان، باکوم، شنگ، پانایوتیس، گیورگیو، شریکانس و اتکینس، ۲۰۱۵) و مقایسه اثر بخشی زوج درمانگری شناختی - رفتاری و زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض (خانجانی و شکی، شفیع آبادی، فرزاد، فاتحی‌زاده، ۱۳۹۵) علت مقایسه اثر بخشی دو روی آورد زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یکدیگر تأییداتی است که این دو روی آورد بر روابط زوجین داشته و همچنین ذکر تفاوت‌ها و شباهت‌هایی که این دو روی آورد با هم

پروتکل ۸ جلسه‌ای زوج درمانگری رفتاری ارتباطی برنشتاین را (رضوی نعمت‌الهی و همکاران، ۱۳۹۲) برای تعارضات، کیفیت زندگی و سلامت روانی زوجین استفاده کردند.

پروتکل ۱۲ جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را (خانجانی وشکی و همکاران، ۱۳۹۵) برای کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان استفاده کردند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۹۰ نفر (۴۵ زوج) حضور داشتند که میانگین سن افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش زوج درمانگری رفتاری ۲۹/۰۳ و گروه درمان مبتنی بر پذیرش ۲۹/۲ و گروه گواه ۳۲/۴۷ بود. با توجه به آمار توصیفی میانگین نمره نهایی خواهی منفی در پیش آزمون و پس‌آزمون گروه گواه ۸۷/۱ و در نهایی خواهی مثبت در پیش آزمون و پس‌آزمون گروه گواه ۸۱، در گروه آزمایشی زوج درمانگری رفتاری نهایی خواهی منفی در پیش آزمون ۷۵/۵۳، در پس آزمون ۳۴ و نهایی خواهی مثبت در پیش آزمون ۳۲/۷۳، در پس آزمون ۹۸، نهایی خواهی منفی، گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش در پیش آزمون ۷۵/۵۷، در پس آزمون ۳۴ و نهایی خواهی مثبت در پیش آزمون ۳۱/۵۳ و در پس آزمون ۹۸ است. در ادامه به تحلیل استنباطی پرداخته می‌شود. به دلیل استفاده بیش از یک متغیر در پژوهش، از تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. برای مقایسه چند متغیری از آزمون لامبدای ویلکز (یکی از چهار آزمون مورد استفاده در تحلیل چند متغیری است. روی آوردها عبارتند از: اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و ریشه‌روی) استفاده شد. برای انجام تحلیل کواریانس، ابتدا نرمال بودن و یکسانی واریانس متغیر وابسته از طریق آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه برای نهایی خواهی منفی، سطح معناداری مقدار محاسبه شده لوین (۰/۱۲) از ۰/۵ بزرگتر است، داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند ($P = ۰/۱۲$)، $F = ۲/۲۱$ ، $DF = ۲/۸۷$). بنابراین می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد. و به سبب اینکه برای نهایی خواهی مثبت، سطح معناداری مقدار محاسبه شده لوین (۰/۵۷) از ۰/۰۵ بزرگتر است، داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند ($P = ۰/۵۷$)، $F = ۰/۵۷$ ، $DF = ۲/۸۷$). بنابراین می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

نشد و بلافاصله بعد از اتمام مداخله آزمایشی برای گروه‌های آزمایش و گروه گواه پس‌آزمون اجرا شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات درمانگری گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز جمع آوری و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون کواریانس و آزمون تعقیبی توکی به منظور سنجش اثربخشی به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

ابزار

پرسشنامه نهایی خواهی: این مقیاس توسط تری شورت و همکاران در سال (۱۹۹۵)؛ به نقل از بشارت (۱۳۸۶) ساخته شده است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس مثبت و منفی است. این مقیاس ۴۰ سؤال دارد بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) تنظیم شده است. ۲۰ گویه (۲، ۳، ۹، ۶، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۴۰) نهایی خواهی مثبت و ۲۰ گویه دیگر (۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۷، ۳۱، ۳۳، ۳۶، ۳۸، ۳۹) نهایی خواهی منفی را ارزیابی می‌نمایند. حداقل نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس ۴۰ و حداکثر آن ۲۰۰ خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس نهایی خواهی مثبت و منفی را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (هس و همکاران، ۲۰۰۴)؛ به نقل از بشارت، (۱۳۸۲). بشارت (۱۳۸۶) جهت تعیین قابلیت اعتماد این مقیاس، ضریب آلفا برای زیر مقیاس‌های نهایی خواهی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۱ و ۰/۸۸ برای دانشجویان دختر ۰/۸۹ و ۰/۸۶ و برای دانشجویان پسر بدست آمده است که نشانه همسانی درونی بالای این مقیاس می‌باشد. همچنین بشارت (۱۳۸۶) ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۹۰ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها $I = ۰/۸۶$ برای آزمودنی‌های دختر $I = ۰/۸۴$ برای آزمودنی‌های پسر $I = ۰/۸۷$ محاسبه شد که نشانه قابلیت اعتماد رضایت‌بخش مقیاس می‌باشد. در پژوهش ساداتی (۱۳۸۷)، ضریب آلفا برای مقیاس‌های نهایی خواهی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آمد، که ضرایب نشانه قابلیت اعتماد رضایت‌بخش مقیاس می‌باشد. در این پژوهش آلفای به دست آمده برای مقیاس‌های نهایی خواهی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۲ به دست آمده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل زوج درمانگری رفتاری ارتباطی برنشتاین

جلسه	عناوین
۱	بیان اهداف و مقررات گروه، کلیات درمان رفتاری - ارتباطی برنشتاین و مفهوم تعارضات زناشویی
۲	بررسی سطح ارتباط، توانش‌های زندگی، موانع گوش دادن و آموزش توانش‌های صحیح گوش دادن
۳	بررسی و اصلاح بنیادهای ارتباطی زوج‌ها و بیان اصول مهم برای برقراری ارتباط سالم چون قضاوت کردن، برجسب زدن و...
۴	بررسی و اصلاح رفتارهای کلامی و غیر کلامی زوج‌ها و بیان تفاوت‌های زن و مرد
۵	آموزش اصول اساسی میزان تقویت و تنبیه و رابطه‌های متقابل
۶	تجزیه و تحلیل نقش عوامل شناختی و خطاهای شناختی زوج‌ها از جمله فاجعه‌آمیز تلقی کردن، استدلال دلبخواهی و منطق شکسته
۷	بررسی اصلاح و آموزش توانش‌های حل مسئله به زوج‌ها
۸	جمع‌بندی و پاسخ‌گویی به سؤالات و ابهامات زوجین و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای آموزش (هدف)	شیوه درمانگری	تکلیف
اول	برقراری ارتباط	مشخص کردن انتظارات و اهداف، قراردادهای اولیه	-
دوم	مفهوم سازی مشکل	مفهوم سازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور	فهرستی از اعمال، نارکارآمد حل مشکل
سوم	ماندن یا رفتن	انتخاب، ارتباط سالم	مشخص کردن انتخاب رابطه با همسر
چهارم	مشکل زوجین ۱	سم: حصار ذهن، پادزهر، رهایی از ذهن	شناسایی باور نادرست درباره ازدواج
پنجم	مشکل زوجین ۲	سم: انتظارات، پادزهر تضعیف انتظارات	تلاش جهت تضعیف انتظارات
ششم	مشکل زوجین ۳	سم: ارزش‌های مبهم، پادزهر: ارزش‌های واضح و تسلط بر توانش‌ها برای حرکت در جهت ارزش‌ها	تشخیص تفاوت ارزش‌ها و انتظارات
هفتم	مشکل زوجین ۴	سم: قطع ارتباط، پادزهر: یکی شدن با همسر	تلاش در جهت یکی شدن با همسر
هشتم	مشکل زوجین ۵	سم: تلاش برای اجتناب، پادزهر: تمایل به رنج و معرفی فن‌های کنترل	تمرین من چگونه می‌خواهم همسر را کنترل کنم؟
نهم	ارزش‌ها	ارزش‌های زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزش‌ها، انتخاب یک ارزش زوجی و عینی کردن آن	تمرین دهمین سالگرد ازدواج، من می‌خواهم در ارتباط با همسر چگونه باشم.
دهم	موانع و پادزهر موانع درونی	شناسایی موانع عمل، پادزهر: پذیرش و گسلش	تمرین تشکر از ذهن و استعاره قطار
یازدهم	پادزهر موانع بیرونی	پادزهر موانع بیرونی تغییر: حل مسئله	تبدیل صحنه جنگ به صلح. تمرین مکث به معنای توقف آگاهانه، چند ثانیه قبل از واکنش نشان دادن فن‌های مفید ۱. رهایی از ذهن و ۲. گشودگی ۳. ارزش‌گذاری ۴. عجین شدن با همسر و ۵. صمیمیت
دوازدهم	مه روانشناختی	معرفی مه روانشناختی، معرفی لایه‌ای مهم لایه‌های باید، هیچ جایی برای تلاش نیست ای کاش، فقط اگر... گذشته دردناک، آینده ترسناک و...	تمرین مه روانشناختی (وقتی با افکار تان آمیخته می‌شود چه اتفاقی روی می‌دهد.

جدول ۳. بررسی همگنی واریانس‌ها جهت تحلیل کوواریانس

مقیاس	خرده مقیاس	F	df1	df2	Sig
نهایی خواهی	نهایی خواهی منفی	۲/۲۱	۲	۸۷	۰/۱۲
نهایی خواهی	نهایی خواهی مثبت	۰/۵۷	۲	۸۷	۰/۵۷

جدول ۴. نتایج کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل و پیش‌آزمون‌ها

آزمون	ارزش	F آماره	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلائی	۱/۷۸	۷۲/۳۶	۱۶	۱۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۱	۷۶/۵۱	۱۶	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹
اثر هاتلینگ	۱۸/۲۲	۸۰/۸۵	۱۶	۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۱۲/۵۶	۱۱۴/۶۴	۸	۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جدول ۶ حاکی از آن است که بین میانگین گروه گواه و گروه مداخله زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارتی تفاوت میانگین نهایی خواهی منفی گروه گواه، در مقایسه با زوج درمانگری رفتاری ۳۶/۶۹ با سطح معناداری ۰/۰۰۱ در مقایسه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش ۳۷/۳۴ با سطح معناداری ۰/۰۰۱ است، که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش تفاوت بیشتری دارد. لذا درمان مبتنی بر پذیرش اثر بیشتری در کاهش نهایی خواهی منفی دارد ($P < 0/05$). تفاوت میانگین نهایی خواهی مثبت گروه گواه در مقایسه با زوج درمانگری رفتاری ۴۹/۷۵- با سطح معناداری ۰/۰۰۱ در مقایسه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش ۵۰/۳۲- با سطح معناداری ۰/۰۰۱ که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش تفاوت بیشتری دارد. لذا درمان مبتنی بر پذیرش اثر بیشتری در افزایش نهایی خواهی مثبت دارد ($P < 0/05$).

جدول ۴ حاکی از آن است که بین گروه آزمون و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۱، مقدار F برابر ۷۶/۵۱ و سطح معنی داری برابر ۰/۰۰۱ است. با توجه به کوچکتر بودن سطح معنی داری از ۰/۰۵ نتیجه گرفته می‌شود که مؤلفه‌های نهایی خواهی، تفاوت معنی داری دارد.

فرضیه: بین اثربخشی زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نهایی خواهی زوجین سازش نیافته تفاوت معناداری وجود دارد. همان‌گونه که از جدول ۵ مشاهده می‌شود، خلاصه تحلیل کواریانس بیانگر آن است که اثر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش بر میزان نهایی خواهی منفی آزمودنی‌ها معنادار است ($F(2/79) = 69/95$ و $p < 0/001$ $\eta^2 = 0/64$).

همچنین خلاصه تحلیل کواریانس بیانگر آن است که اثر درمان مبتنی بر پذیرش بر میزان نهایی خواهی مثبت آزمودنی‌ها تأثیر معناداری دارد ($F(2/79) = 134/51$ و $p < 0/001$ $\eta^2 = 0/77$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه مؤلفه‌های نهایی خواهی، در گروه زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
اثر گروه	نهایی خواهی منفی	۲	۳۱۰/۶۷	۶۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	نهایی خواهی مثبت	۲	۵۶۶/۸۲	۱۳۴/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷
اثر خطا	نهایی خواهی منفی	۷۹	۴/۴۴	-	-	-
	نهایی خواهی مثبت	۷۹	۴/۲۱	-	-	-

جدول ۶. مقایسه تفاوت میانگین نهایی خواهی سه گروه (کنترل، زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش)

متغیر وابسته	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری	حد اقل	حد اکثر
نهایی خواهی منفی	زوج درمانگری رفتاری	۳/۱۳	۰/۰۰۱	۲۹/۰۲	۴۴/۳۶
	درمان مبتنی بر پذیرش	۳/۱۶	۰/۰۰۱	۲۹/۰۶	۴۵/۰۸
نهایی خواهی مثبت	زوج درمانگری رفتاری	۳/۰۵	۰/۰۰۱	-۵۷/۲۲	-۴۲/۲۸
	درمان مبتنی بر پذیرش	۳/۰۸	۰/۰۰۱	-۵۷/۸۶	-۴۲/۷۸

از پیش‌آزمون به پس‌آزمون اثرگذار است ولی زوج درمانگری رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اثربخشی کمتری در کاهش میانگین از پیش‌آزمون به پس‌آزمون نشان داده است. نتایج این پژوهش در زمینه اثربخشی بهتر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به زوج درمانگری رفتاری در نهایی خواهی زوجین با یافته‌های تحقیقاتی نظیر (خانجانی و شکی و همکاران، ۱۳۹۵) و (عباسی بورندرق، کیمیایی و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۲) و مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران (۱۳۹۰) همسو بود، برای مثال خانجانی و شکی و همکاران

بحث و نتیجه گیری

هدف بررسی فرضیه پژوهشی است، بین اثربخشی زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نهایی خواهی زوجین سازش نیافته تفاوت معناداری وجود دارد. جهت تعیین تفاوت اثربخشی زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نهایی خواهی زوجین سازش نیافته از آزمون مقایسه تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. بنابراین با توجه به یافته های پژوهش هر دو مداخله بر کاهش میانگین نهایی خواهی زوجین

بی نقص بودن کارها فکر می کند، هیچ چیز او را خوشنود نمی سازد. افراد نهایی خواه، زمانی که با نقایص در عملکرد مواجه می شوند، شکست را تجربه می کنند در نتیجه حرمت خود آنها کاهش می یابد. نهایی خواهی یک پدیده ناتوان کننده و شایع است (هویت و ریک، ۱۹۸۹). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شیوه ها را متعادل می کند و در حوزه های قابل تغییر (مثل رفتار آشکار)، بر تغییرات متمرکز است و در حوزه هایی که تغییر امکان پذیر نیست، بر پذیرش متمرکز می شود روش های زوج درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شباهت هایی دارند. اما این شباهت ها به وسیله گزینه های متفاوت در هر درمان تبیین می شود. هر دو بر یک رابطه درمانی خوب و نقش شناخت از طریق مسیرهای متفاوت تأکید می کند. زوج درمانگران رفتاری ارتباطی با توجه به برداشت های ذهنی، باورها، تفکرات، انتظارات و اعتقادات هر فرد و تأثیر آن بر رفتارهای روزمره، ضمن بررسی و توصیف تأثیرات این عوامل و چگونگی تأثیر آن بر روابط میان فردی، با راهنمایی و اقدامات درمانی و نیز با تصحیح مشکلات شناختی و به کارگیری شیوه های نوین رفتاری، ارتباطی و حل مسئله، نه تنها به رشد فردی، بلکه به ایجاد ارتباط صحیح و مناسب افراد نیز می پردازد. رویکردهای ارتباطی مربوط به درمان اختلاف های زناشویی، تعارض ها و کشمکش ها موجود در روابط زن و شوهر را نتیجه مهارت های نابسند مراجعان در برقراری ارتباط و یا ناشی از ناتوانی آنان در حل مؤثر مشکلات تلقی می کنند (برنشتاین و برنشتاین، ۱۹۸۶؛ پورعابدی و منشی، ۱۳۸۵). اما زوج درمانگران مبتنی بر پذیرش و تعهد به مفهوم گسلش شناختی پرداخته می شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناراحتی عاطفی با راهبردهای متفاوت تأکید می کند. اما زوج درمانی رفتاری به تجزیه و تحلیل نقش عوامل شناختی و خطاهای شناختی زوج ها از جمله فاجعه آمیز تلقی کردن، استدلال دلیل خواهی و منطقی شکسته تأکید می کند. این دو درمان هر دو برای تغییر رفتار، حل تعارض و مهارت های ارتباطی در جلسات زوج درمانی به کار گرفته می شوند. هدف اصلی درمان، مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به افزایش انعطاف پذیری رفتاری و روانشناختی زوجین برای انتخاب واکنش های مؤثر در لحظاتی است که طرحواره فعال می شود. این عمل از طریق ۶ مرحله مبتنی بر پذیرش و تعهد میسر می شود: «ارزش ها، واکنش متعهدانه، شکاف شناختی، خود به عنوان محتوا، ارتباط با زمان حال و پذیرش (نوهیگ، ۲۰۰۷) بنابراین، مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه

(۱۳۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که فن های زوج درمانگری شناختی - رفتاری و زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زناشویی زوجین متعارض تغییرات معناداری ایجاد کرده اند (عباسی بوردنرق و همکاران، ۱۳۹۲) در پژوهش خود نیز به این نتیجه رسیدند که هر دو شیوه درمانگری رفتاری - تلفیقی و رفتاری - شناختی در کاهش باورهای ارتباطی ناکارآمد موثرند. همچنین مهرابی زاده هنرمند و همکاران (۱۳۹۰) به این نتیجه دست یافتند که زوج درمانگری به شیوه رفتاری - ارتباطی برنشتاین بر کاهش تعارضات زناشویی و مؤلفه های آن مؤثر است. نهایی خواهی می تواند تمام جنبه های زندگی فرد را در بر گیرد. بنابراین، افراد کمال گرا تمایل به وضع استانداردهای غیر واقع بینانه برای خود و تمرکز بر نقض ها و شکست ها در عملکرد همراه با خود نظارتی های دقیق و کاملاً انتقادی، انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران و احساس ضرورت برای رعایت استانداردها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم دارند. آنها تمایل دارند کارهای خود را با نظم دقیق و به طور کامل و بدون نقص انجام دهند و حتی در زمانی که عملکرد بهتری از دیگران دارند باز هم رضایت ندارند، مگر اینکه کار را بدون هیچ خطایی و در حد مطلوب انجام دهند. نهایی خواهی می تواند تمام جنبه های زندگی فرد را در بر گیرد. بنابراین، افرادی که در یک جنبه از زندگی نهایی خواه هستند معمولاً گرایش دارند در جنبه های دیگر زندگی هم نهایی خواه باشند. افرادی که سطوح نهایی خواهی بالایی دارند همواره برای رسیدن به کامل بودن تلاش می کنند این افراد معیارهای عالی برای خود تعیین می کنند و از انتقاد و ارزیابی رفتارشان اجتناب می کنند (فلت و هویت، ۲۰۰۲). افراد نهایی خواه افکارشان تابع قانون همه یا هیچ است. برای مثال زمانی که در عملکردشان به طور جزئی دچار مشکل می شوند، احساس شکست کامل می کنند (آرانا و فورلان، ۲۰۱۶). فلیت، ساواترکی و هویت (۱۹۹۵) نهایی خواهی را برحسب افکار منفی و مکرر در تعارض بین خود آرمانی و خود واقعی توصیف کرده اند. نهایی خویان بیش از آنکه نیاز به پیشرفت داشته باشند از شکست می ترسند. افراد نهایی خواه در اولویت بندی امور مشکل دارند و غالباً بر روی تکالیف، صرف نظر از اهمیت شان، به طور یکسان وقت صرف می کنند. بنابراین افراد نهایی خواه از عملکرد خود ناراضی هستند و چنین باور دارند که نمی توانند به آنچه که می خواهند برسند. نهایی خواهی معمولاً با خطاکاری همراه است، کسی که همیشه به کامل و

خانجانی وشکی، سحر؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ فرزاد، ولی‌اله و فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۴ (۱۴)، ۴۶۴-۴۷۱.

رضوی نعمت‌الهی، ویدا؛ رفاهی، ژاله و محمد ابراهیمی، افسانه (۱۳۹۲). *اثربخشی زوج درمانی رفتاری - ارتباطی برنشستین بر تعارضات، کیفیت زندگی و سلامت روانی زوجین*. پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

ساداتی، سمیه (۱۳۸۷). *رابطه جهت‌گیری هدفی و کمال‌گرایی با خلاقیت در دانش‌آموزان دبیرستانی شاغل به تحصیل در مدارس استعدادهای درخشان*. پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

صمدی، حمیده و دوستکام، محسن (۱۳۹۶). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان نابارور*. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۱ (۴۳)، ۶۷-۷۶.

عباسی بوردنرق، سکینه؛ کیمیایی، سیدعلی و قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی (۱۳۹۲). *بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری - تلفیقی و رفتاری - شناختی روی باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق*. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی)*، ۴ (۱۳)، ۷۱-۵۳.

عباسی، مسلم؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد؛ درگاهی، شهریار و قمری گیوی، حسین (۱۳۹۴). *اثربخشی زوج درمانی رفتاری - ارتباطی بر سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین*. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۸ (۹۵)، ۲۲-۳۳.

کریمی نژاد، کلثوم؛ بگیان کوله‌مرز، محمد جواد و بختی، محسن (۱۳۹۳). *اثربخشی زوج درمانی رفتاری ارتباطی برنشستین بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین در معرض طلاق*. *اولین کنگره ملی روانشناسی خانواده گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده*. اهواز، انجمن علمی روانشناسی خانواده ایران، دانشگاه شهید

چمران اهواز - <https://www.civilika.com/paper-FPAI01-FPAI01-296/HTML1>

مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ نظری‌فر، محسن و سودانی، منصور (۱۳۹۰). *اثربخشی زوج درمانی رفتاری - ارتباطی برنشستین بر تعارضات زناشویی، روانشناسی بالینی*، ۸ (۲)، ۸-۱.

با درد ناشی از طحاره را برای رسیدن به زندگی مبتنی بر ارزش‌ها افزایش می‌دهد.

نهایی‌خواهان به حالات منفی مانند احساس گناه، احساس شکست و حرمت خود پایین حساس هستند. عامل پیدایش نقص در ارتباط ناشی از عوامل مختلف (مثل، پریشانی هیجانی، اسناد غلط، باورها و رفتارهای اشتباه، اسطوره و...) را می‌توان با انجام آموزش‌های مناسب بهبود بخشید. لذا کسب توانش‌های ارتباطی می‌تواند در توسعه رفتارهای ارتباطی مناسب و بهبود رابطه زناشویی به زوج‌ها کمک کند. تأکید این روی‌آورد بر جنبه‌های رفتاری، و روابط زوج‌هاست. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج و یافته‌های بدست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و نمی‌توان آن را به جامعه آماری دیگر تعمیم داد. همچنین در این پژوهش امکان مهارگری متغیرهایی مثل ویژگی‌های فرهنگی و شخصیتی گروه مورد مطالعه وجود نداشت. در نهایت با توجه به اینکه هر دو مداخله زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای تأثیر قدرتمندی بر کاهش مشکلات زناشویی داشتند، توصیه می‌شود که این دو فن مداخله‌ای به عنوان زوج درمانگری گروهی و روان‌درمانگری گروهی در کاهش مسائل و مشکلات زناشویی استفاده شوند.

منابع

- بخشایش، علیرضا و انتظار، الهام (۱۳۹۰). *رابطه کمال‌گرایی و باورهای غیر منطقی در زنان شاغل و خانه‌دار شهرستان یزد*. *نشریه اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۷ (۱)، ۲۸-۹.
- برنشستین، فیلیپ اچ و برنشستین، مارسسی تی (۱۳۸۵). *زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری - ارتباطی*. ترجمه: سید حسن پورعابدی و غلامرضا منشی، تهران: انتشارات رشد. ۹۷-۹۹.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۲). *قابلیت اعتماد (پایایی) و اعتبار (روایی) مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی*. *مجله علوم روانشناختی*، ۲ (۸)، ۳۴۶-۳۵۹.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). *ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران*. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۰ (۱)، ۶۷-۴۹.
- پیرانی، ذبیح؛ عباسی، مسلم؛ کلوانی، محمد و نوربخش، پریناز (۱۳۹۵). *تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی همسران جانبازان*. *مجله طب جانباز*، ۹ (۱)، ۲۵-۳۲.

میری، سمانه و منصوری، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کمال‌گرایی و اضطراب امتحان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲(۲۹)، ۱۷-۲۶.

هوشیار، فاطمه؛ افشاری‌نیا، کریم؛ عارفی، مختار؛ کاکابرابی، کیوان و امری، حسن (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی زوج درمانگری رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی طبعی زوجین سازش نیافته. *علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۸)، ۷۴۵-۷۳۷.

- Arabjani, S., Birashk, B., AbolmaliAlhosseini, K. (2014). the effective tiveness of acceptance and commit-ment in creasing marital in ti-macy and decreasing marital conflicts between the couples of Tehran. *journalsih*, 2(8), 89.93.
- Arana, F. G., & Furlan, L. (2016). Groups of perfectionists, test anxiety, and pre-exam coping in Argentine students. *Personality and Individual Differences*, 80(90), 169-173.
- Brian, R., Baucom, E., sheng,A., Panayiotis, C. G., Georgiou, shirkanths, D., Atkins, C. (2015). Behaviorally – based couple theraoies reduce emotional arousal during couple conflict. *journal, Behaviour Research and therapy*, 9(72), 9-15.
- Flett, G. L., Sawatzky, D. L., & Hewitt, P. L. (1995). Dimensions of perfectionism and goal commitment: a further comparison of two perfectionism measures. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 111-124.
- Flett, G. L., &Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues*. In P. L.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hewitt, P. L., & Rick, L. (1989). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 23(100), 98-101.
- Nazarifar, M., & Soodani, M. (2016). *Recognition and Treatment of Conflicts in Marital Life (with Emphasis on Couple Behavioral Communication Therapy Approach)*, Publications: Navid Hekmat, Qom.
- Sedaghatkhah, A., & Behzadipour, S. (2017). Predicting the Quality of Marital Relationships Based on Communication Beliefs, Mindfulness and Psychological Flexibility, *Women and Society*, 8 (2), 57-76.
- Twohig, M. P. (2007). *A randomize clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training in the treatment of obsessive compulsive disorder*. On publish doctor dissertation of university of Nevada.