

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Self-Esteem, Emotional Skillfulness and Marital Adjustment in Veterans' Wives

Pirani Z.* PhD, Abbasi M.¹ PhD, Kalvani M.¹ MSc, Nourbakhsh P.² MSc

*Psychology Department, Human Science Faculty, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

¹Psychology Department, Literature & Human Science Faculty, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, Iran

²Psychology Department, Human Science Faculty, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

Abstract

Aims: Due to many marital psychological problems and many stressful mental conditions, the quality of life of the veterans' spouses decreases. The aim of the study was to investigate the effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on the sexual self-esteem, alexithymia, and marital adjustment in the veterans' spouses.

Materials & Methods: In the controlled pretest-posttest semi-experimental applied study, 40 veterans' spouses of Arak were studied in 2015. The subjects, selected via available sampling method, were randomly divided into two groups including experimental and control groups (n=20 persons per group). Data was collected using women's sexual self-esteem index (SSEL-W-SF), Locke-Wallace marital adjustment, and Toronto alexithymia scale (TAS-20). Ten ACT sessions were conducted in experimental group, while control group received no intervention. Pretest and posttest were conducted in both groups. Data was analyzed by SPSS 23 software using descriptive statistics and one-variable covariance analysis test.

Findings: After the intervention, the mean scores of sexual self-esteem and marital adjustment significantly increased, while the mean score of alexithymia significantly decreased in experimental group compared to control group (p<0.001).

Conclusion: The ACT increases sexual self-esteem and marital adjustment, while reduces the alexithymia in the veterans' spouses.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68064869>];
Self-Esteem [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012649>];
Alexithymia [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000342>];
Veterans [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68014728>];
Spouses [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68018454>]

*Corresponding Author

Tel: +98 (45) 32721517

Fax: +98 (721) 2229080

Post Address: Islamic Azad University, Amir Kabir University Town, Kilometer 3 of Khomein Road, Imam Khomeini Square, Arak, Iran

zabih_pirani@yahoo.com

Received: October 27, 2016

Accepted: December 12, 2016

ePublished: March 10, 2017

تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی در همسران جانبازان

ذبیح پیرانی * PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

مسلم عباسی PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران

محمد کلوانی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران

بریا نوربخش MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

چکیده

اهداف: همسران جانبازان با مشکلات روان‌شناختی زناشویی و استرس روانی زیادی مواجه هستند که کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی همسران جانبازان بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش کاربردی از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۴، تعداد ۴۰ نفر از همسران جانبازان شهر اراک به‌صورت در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (۲۰ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه‌های شاخص عزت نفس جنسی زنان، سازگاری زناشویی لاک - والاس و مقیاس ناگویی هیجانی استفاده شد. مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد. ولی برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای اعمال نشد و از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌عمل آمد. داده‌ها به‌کمک نرم‌افزار SPSS 23 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: پس از مداخله، میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی افزایش و در ناگویی خلقی کاهش یافت که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی و همچنین کاهش ناگویی خلقی همسران جانبازان موثر است. **کلیدواژه‌ها:** آموزش پذیرش و تعهد، عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی، سازگاری زناشویی، همسران جانبازان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۲۲

* نویسنده مسئول: zabihi_pirani@yahoo.com

مقدمه

جنگ به‌عنوان یک عامل فشارزای روانی، پیامدهای گسترده‌ای را در زمینه‌های مختلف فردی و اجتماعی بر جامعه تحمیل می‌کند. مشکلات جسمی و روانی فرد جانباز که معمولاً در خانواده نقش اول را دارد و اثرات غیرمستقیم آن بر خانواده، از جمله ناگوارترین تبعات این پدیده است [1]. مقایسه همسران جانبازان اعصاب و روان با همسران سایر بیماران اعصاب و روان نشان داده که ۷۲٪ همسران جانبازان اعصاب و روان دارای نشانه‌های جسمانی، ۸۷/۵٪ دارای اختلالات اضطرابی، ۴۳/۸٪ دارای اختلال عملکرد اجتماعی و ۶۸/۸٪ دارای اختلال افسردگی هستند، اما این اختلالات در گروه همسران دیگر بیماران اعصاب و روان کمتر بود [2]. در واقع بیان شده است که نیمی از جانبازان به‌سبب معلولیت خویش باعث ایجاد تنش در محیط خانواده خود

می‌شوند [3] و این امر واقع‌نگری را در مورد مشکلات جانبازان ضروری می‌سازد [4]. از سوی دیگر، زندگی با فرد جانباز در مدت طولانی می‌تواند موجب استرس افراد نزدیک و به‌ویژه همسر فرد جانباز شود و این استرس می‌تواند بر روابط زناشویی آنان نیز تاثیر گذارد. این زوجین غالباً سطح سازگاری زناشویی پایینی دارند و میزان سازگاری زناشویی نیز به‌نوبه خود بر سلامت عمومی زوجین تاثیر می‌گذارد و موجب کاهش آن می‌شود [5]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد بیشتر جانبازان و همسران آنان سطح سازگاری زناشویی پایین‌تری نسبت به افراد عادی دارند و در صمیمیت و ارتباطات زناشویی مشکل دارند. برخی از جانبازان از روابط با همسرانشان و روابط آمیزشی با آنها دوری می‌کنند و این امر موجب کاهش احساس صمیمیت در آنان می‌شود [6].

یکی از حوزه‌های زندگی زناشویی در زندگی جانبازان و همسران آنها که ممکن است دچار نوسان شود و لازم توجه است، سازگاری زناشویی است. سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت خاطر دارند و از کنارهم‌بودن لذت می‌برند [7]. در واقع، سازگاری زناشویی فرآیندی است که طی آن هر دو عضو زوج به‌صورت انفرادی یا با همکاری یکدیگر الگوهای رفتاریشان را برای رسیدن به حداکثر رضایت زناشویی در روابطشان، تغییر و اصلاح می‌نمایند [8] و در نتیجه رضایت ادراک‌شده هر یک از همسران از رابطه و نیز میل به تداوم رابطه افزایش می‌یابد [9]. این سازگاری از طریق مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک و ارضای نیازها به‌صورت متقابل ایجاد می‌شود. موضوع سازگاری زناشویی بعد از مطالعه *هامپلتون* مورد توجه قرار گرفت و بعد از آن پژوهش‌های زیادی به‌منظور کشف عوامل موثر در سازگاری زناشویی انجام شد [10]. پژوهشگران در سال‌های اخیر به نقش عوامل شخصیتی و هیجانات در سازگاری زناشویی تاکید کرده‌اند [7]. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بین توانایی تشخیص هیجان و بیان هیجان با رضایت جنسی و سازگاری زناشویی [11] و صمیمیت [12] رابطه معنی‌داری وجود دارد.

بنابراین متغیر دیگر مرتبط با زندگی همسران جانبازان و مسایل ویژه خانواده آنان، ناگویی خلقی است. ناگویی خلقی یعنی شیوه آگاهانه‌ای که یک شخص برای تشخیص، سازمان‌دهی و ابراز هیجان‌های خود به‌کار می‌گیرد و اینکه یک فرد چگونه به هیجان‌های دیگران پاسخ می‌دهد. این مهارت‌ها مقوله‌ای گسترده هستند که دربرگیرنده توانایی تشخیص هیجان‌ها، ابراز هیجان‌ها، همدردی و کنترل هیجان‌های چالش‌برانگیز است. به‌عبارت دیگر، ناگویی خلقی به‌معنی کارکرد هیجانی ماهرانه در روابط است و نیز باید توجه داشت که ناگویی خلقی به‌معنی مهارت و شایستگی یک شخص در به‌کارگیری هیجان برای تنظیم رفتارها و روابط خود است [13، 14]. مهم‌ترین ادعای نظریه ناگویی خلقی این است که ناتوانی‌ها و مهارت‌مندی هیجانی از جمله توانایی تشخیص هیجان‌ها و ابراز هیجان‌ها به‌شیوه‌ای مناسب در زمان مقتضی، برای ایجاد احساس امنیت و بهبود رابطه صمیمانه، بهبود توانایی در زمینه کنارآمدن با تجارب منفی و نیز در زمینه سازگاری مناسب با محیط و دیگران بسیار مهم و تاثیرگذار هستند [15-17].

طبق برخی پژوهش‌ها، زنان توانایی بالایی در مهارت‌های هیجانی دارند و زوج‌های شاد و خوشبخت نسبت به زوج‌های ناسازگار، هم در اظهار و ابراز هیجان‌ها و هم در استنباط، تشخیص و دریافت هیجان‌ها، عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند [18]. همچنین هیجانات و سازگاری شخص در موقعیت‌های مختلف و از جمله در موقعیت زناشویی همسران جانبازان می‌تواند متأثر از عزت نفس

زوج‌نی که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند از هیجان‌نا مثبت و شایستگی اجتماعی بالاتری نسبت به همتایان خود در گروه کنترل برخوردار بودند^[37].

در مجموع می‌توان بیان کرد، همسران جانبازان با مشکلات روان‌شناختی زناشویی و استرس روانی مواجه هستند. مشکلات جسمانی و روانی فرد جانباز بر صمیمیت او با همسرش و عملکرد روان‌شناختی همسر تأثیر می‌گذارد. بیشتر تحقیقات در مورد روابط زناشویی نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی در سازگاری زناشویی نقش مهمی ایفا می‌کند و اظهارات عاطفی، نقش کلیدی در ایجاد و حفظ روابط صمیمانه و نزدیک دارد. ممانعت جانبازان از صمیمیت و بیانات عاطفی محدود، فقدان علاقه به فعالیت‌های اجتماعی و داشتن مشکل در صمیمیت جنسی موجب جدایی و دوری جانبازان از همسرانشان می‌شود. از سوی دیگر، قادرنبودن مرد خانواده به داشتن تجارب مثبت هیجانی به‌خصوص در ارتباط با صمیمیت و عشق به همسر، مرتباً وی را در معرض خاطرات مربوط به جنگ قرار دادن و گذاشتن بار مسئولیت خود بر دوش همسر، باعث می‌شود که همسر نیز قربانی حادثه شود و تعادل روانی-اجتماعی‌اش را از دست بدهد. بنابراین انتخاب این گروه از زنان با شیوع استرس بالا و انجام مداخلات برای کاهش مشکلات روان‌شناختی آنان ضرورت این پژوهش بود.

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی همسران جانبازان بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش کاربردی از نوع نیمه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در بین کلیه همسران جانبازان شهر اراک در سال ۱۳۹۴ انجام شد. آزمودنی‌ها به‌صورت دردسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه در روش آزمایشی باید هر زیرگروه شامل حداقل ۱۵ نفر باشد^[38]. اما برای اینکه نمونه انتخاب‌شده نماینده واقعی جامعه باشد و نتایج پژوهش در جهت تعمیم‌دهی تا حدی قابل اطمینان باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: حداقل مدرک سیکل، داشتن سابقه بیماری عصبی و روان‌شناختی یا سوء مصرف مواد و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز فوت فرد جانباز، دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی، داشتن معلولیت جسمانی که مانع حضور در جلسات شود، غیبت بیش از سه جلسه و عدم توانایی همسر جانباز برای ادامه مشارکت در پژوهش بود.

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ۳ پرسش‌نامه استفاده شد:

فرم کوتاه پرسش‌نامه شاخص عزت نفس جنسی زنان (SSEL-W)
(SF): این پرسش‌نامه ۳۵ گویه دارد و برای سنجش پاسخ‌های موثر در ارزیابی جنسی زنان از خود تدوین شده است. پرسش‌ها در مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از یک تا ۶ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شوند. این پرسش‌نامه بازتابی از حوزه‌های عزت نفس جنسی شامل تجربه و مهارت، جذابیت، کنترل، قضاوت اخلاقی و انطباق است. با جمع‌کردن نمرات پنج حوزه با هم، نمره کل مقیاس به‌دست می‌آید و نمره بالاتر نشانگر عزت نفس جنسی بالاتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس ۰/۹۲، برای مهارت و تجربه ۰/۸۶، برای جذابیت ۰/۸۸، برای کنترل ۰/۸۰، برای قضاوت اخلاقی ۰/۸۰ و برای انطباق ۰/۸۰ گزارش شده است^[39].

آنان باشد، زیرا عزت نفس بالا فرد را در مقابل انواع مشکلات، مسایل زندگی و فشارهای روانی مقاوم خواهد کرد و می‌تواند بر درک و تفسیر فرد از واکنش‌های هیجانی تأثیر بگذارد^[19].

به‌اعتقاد برانن، عزت نفس از دو جنبه مرتبط به هم تشکیل شده است که این دو جنبه باعث ایجاد اعتماد به نفس و احترام به خود می‌شود؛ یکی احساس خودکارآمدی شخصی و دیگری احساس ارزشمندی شخصی^[20]. همچنین جنبه دیگری از عزت نفس، عزت نفس جنسی است که بر رفتارهای جنسی تأثیرگذار است و عبارت است از واکنش عاطفی انسان نسبت به ارزیابی از افکار، احساسات و رفتارهای جنسی خودش^[21]. بین عزت نفس با رضایت‌مندی جنسی و اختلال عملکرد جنسی رابطه وجود دارد، به‌ویژه در افراد با عزت نفس پایین که اختلال عملکرد جنسی و اختلال رضایت‌مندی جنسی افزایش نشان داد^[22, 23].

اما در جهت بالابردن عزت نفس جنسی و ارتقای مهارت‌های هیجانی و در نتیجه این دو مورد، برای ارتقای سازگاری زناشویی همسران جانبازان نیاز به استفاده از روش‌های درمانی و آموزشی روان‌شناختی است که یکی از این رویکردها که در نمونه‌های مختلفی از آزمودنی‌ها در مورد متغیرهای هیجانی، بین‌فردی و سازگاری بررسی شده و اثرگذار بوده است، رویکرد آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است. هدف اصلی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه انتخاب عملی صرفاً به‌منظور اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود^[24]. همچنین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دنبال آن است که به مراجع بیاموزد چگونه از محتوای فکر بگذرد، چگونه برای رهایی از آن تلاش نکند، به داستان زندگی خود نچسبد، به‌جای گذشته و آینده مفهومی سازه‌شده در زمان حال زندگی کند و حاصل همه این موارد این است که روش‌ها و اهدافش را شناسایی کرده و به آنها معتقد باشد^[25].

طبق پژوهش‌ها آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خستگی و اضطراب^[26]، افزایش سازگاری روان‌شناختی^[27]، بهبود نشانه‌های استرس و عزت نفس^[28]، رفع اختلالات هیجانی^[29]، درمان پریشانی زوج‌ها^[30]، افزایش انعطاف‌پذیری همسران جانبازان^[31] و بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی^[32] موثر بوده است و پذیرش و تعهد با صمیمیت زناشویی نیز رابطه مثبتی دارد^[33]. هنرپروان در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر دریافت که بین میانگین نمرات پس‌آزمون سازگاری زناشویی زنان گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری با میزان تأثیر ۰/۷۷ وجود داشت. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اثرات درمانی این رویکرد در پیگیری نیز همچنان حفظ شده بود^[34]. کارسون و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخلات تمرکز ذهنی، پذیرش و گسیختگی شناختی به‌طور معنی‌داری موجب افزایش پاسخ‌های جنسی در جنبه‌های مختلف و کاهش آشفستگی جنسی در زنان می‌شوند^[35]. *سادات موسوی* و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده به‌جز در خرده‌مقیاس‌های مدیریت مالی، فرزندپروری، جهت‌گیری مذهبی و دوستان موثر است^[36]. لی و همکاران در مطالعه‌ای کنترل‌شده با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری دوماهه روی ۴۰ نفر از زوجین به این نتیجه دست یافتند که

جدول (۱) ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

<p>جلسه اول</p> <p>معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرآیند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله براساس این رویکرد، معرفی "درمان‌گنج خلق" که در این شرایط می‌توان بر ناپدیدگرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و درذهن‌بودن، مطالب ارایه کرد (علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به‌انجام‌رساندن اهداف).</p>
<p>جلسه دوم</p> <p>آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله:</p> <p>(۱) در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی به‌منظور اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آنها، به‌طور کامل پذیرفت. (۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. (۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)، به‌نجوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. (۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. (۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). (۶) ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی.</p>
<p>جلسه سوم</p> <p>نقد و بررسی تکلیف قبل، پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به‌عنوان شکل "کنترل مساله است نه راه حل" (آموزش این نکته که هر گونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)، دادن تکالیف؛ یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به نامیدی خلق.</p>
<p>جلسه چهارم</p> <p>ارزیابی عملکرد، بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی، دادن تکالیف؛ تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها.</p>
<p>جلسه پنجم</p> <p>ارزیابی عملکرد، تمایز خودمفهوم‌سازی در برابر خودمشاهده‌گری، سنجش توانایی درمان‌جو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها.</p>
<p>جلسه ششم</p> <p>نشان‌دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد، ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج‌های زندگی.</p>
<p>جلسه هفتم</p> <p>کمک به گروه مبنی بر اینکه پیوسته حوزه‌های زندگی را که مطابق با ارزش‌های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش‌هایش را به‌عنوان منشا تعهد درک کند و آنها را در عملی‌کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال‌سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به‌کار ببرد، مرور انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها و شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در یک هفته، شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر).</p>
<p>جلسه هشتم</p> <p>کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام‌بخشیدن به عوامل تمایل و گسلس در خدمت دست‌یابی به اهداف رفتاری و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهدکردن به فعالیت‌های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش‌های بزرگ‌تر درمان‌جو مشخص شده است. ادامه تنظیم اهداف موثر مرتبط با ارزش‌ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه‌رفتن، بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج.</p>
<p>جلسه نهم</p> <p>آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم‌اوت توسط هر یک از زوجین هنگام مشاجرات و عصبانیتی که منجر به اختلاف شود.</p>
<p>جلسه دهم</p> <p>ارزیابی عمل متعهدانه، آموزش درمان‌جو که خود یک درمانگر باشد برای به‌حداکثر رساندن این احتمال که درمان‌جو مهارت‌های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام آن به‌کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان، شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT. دو علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی براساس مدل ACT، ارایه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون. تکالیف پیشنهادی: ثبت اهداف مراجع به‌عنوان مثال یک تا ۶ ماه بحث و گفت‌وگو و اصلاح برنامه بعد از درمان. پایان درمان و پیشگیری از عود؛ ادامه جلسات ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه‌ای یا کمتر به‌صورت تلفنی و بعد از گذشت سال ملاقات‌های سه‌ماهه.</p>

پیش‌بینی لاک- و/لاسه همبستگی بالایی دارد. این نتیجه، نشان‌دهنده روایی همزمان بالای آن است. آزمون مذکور مقیاسی برای پیش‌بینی سازگاری آینده است. این آزمون توسط *مظاهری* به فارسی ترجمه و ویرایش شد. در مطالعه دیگر، اعتبار به‌دست‌آمده با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۱ و ۰/۹۲ است که در آن پژوهش برای محاسبه روایی پرسش‌نامه از پرسش‌نامه شاخص رضایت زناشویی *امان‌اللهی* استفاده شد که ضریب روایی به‌دست‌آمده بین این دو پرسش‌نامه برابر ۰/۶۶ به‌دست آمد^[30].

مقیاس ناگویی هیجانی (TAS-20): مقیاس ناگویی خلقی تورنتو یا پرسش‌نامه الکسی‌تایمپای بزرگسالان توسط بگی و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو

دوره ۹، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۵

پرسش‌نامه سازگاری زناشویی لاک- و/لاسه: این پرسش‌نامه بر پایه ادراک بین‌فردی از روابط زناشویی استوار است و در قالب ۱۵ سؤال، میزان موفقیت همسران را در خصوص فعالیت‌های دخیل در سازگاری زناشویی می‌سنجد. در این آزمون، نمره ۱۰۰ و بالاتر نشان‌دهنده رضایت زناشویی و نمره پایین‌تر از ۱۰۰ نشان‌دهنده تنیدگی در روابط زناشویی است. این پرسش‌نامه در ادبیات روان‌شناختی به‌عنوان ابزار معتبر اندازه‌گیری رضایت زناشویی است. برآورد همسانی درونی با استفاده از فرمول اسپیرمن- براون بسیار خوب و ضریب همبستگی بین دو نیمه آن برابر ۰/۹۰ بوده است. آزمون سازگاری زناشویی لاک- و/لاسه برای گروه‌های شناخته‌شده و با نمرات متمایزکننده برای زوج‌های سازگار و ناسازگار از روایی بالا برخوردار است. نمرات این آزمون با آزمون

فصل‌نامه علمی- پژوهشی طب جانپاز

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی در همسران جانبازان ۲۹
آزمون لون برای رعایت پیش‌فرض‌های آن استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

اکثر زنان مورد مطالعه در دامنه سنی ۴۵-۴۰ سال قرار داشتند و سطح تحصیلات بیشتر آنها سیکل بود (جدول ۲). پس از مداخله، میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی افزایش و در ناگویی خلقی کاهش یافت. به این معنی که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی، عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی همسران جانبازان اثر معنی‌داری داشت ($p < 0.001$; جدول ۳). میزان ضریب تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی ۰/۷۵، عزت نفس جنسی ۰/۸۴ و سازگاری زناشویی ۰/۸۸ بود.

جدول ۳) مقایسه میانگین نمرات ناگویی خلقی، عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی در دو گروه، قبل و بعد از مداخله

شاخص‌ها	گروه آزمایش (۲۰ نفر)	گروه کنترل (۲۰ نفر)
ناگویی خلقی		
پیش‌آزمون	۵۹/۴۵±۵/۳۶	۶۰/۱۸±۶/۴۵
پس‌آزمون	۴۸/۳۶±۳/۱۲	۵۸/۷۴±۵/۱۷
عزت نفس جنسی		
پیش‌آزمون	۹۴/۵۵±۷/۱۲	۹۳/۳۶±۶/۶۵
پس‌آزمون	۱۱۱/۱۸±۱۱/۱۲	۹۷/۳۵±۷/۱۸
سازگاری زناشویی		
پیش‌آزمون	۹۲/۶۳±۷/۱۲	۹۴/۹۵±۸/۳۸
پس‌آزمون	۱۰۹/۴۷±۱۰/۴۵	۹۸/۴۹±۸/۷۸

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی، عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی همسران جانبازان بود.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی همسران جانبازان موثر بود. با توجه به میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش عزت نفس جنسی همسران جانبازان می‌شود. این یافته با پژوهش‌های هنرپروران^[34]، کارسون و همکاران^[35]، سادات‌موسوی و همکاران^[36] و لی و همکاران^[37] همخوانی دارد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوجین می‌آموزد تا از طریق افزایش امنیت و حمایت، در دسترس بودن، پاسخ‌دهی به نیاز همسر و ایجاد رفتارهای امن، روش‌های افزایش صمیمیت و ارتباط، آموزش مهارت‌های ارتباطی صحیح و ایجاد رابطه جنسی مطلوب، رفتار خود را تصحیح کنند^[33]. همچنین این رویکرد سعی دارد از طریق بازسازی روابط زوجین، امنیت و رفتارهای امن را در زندگی آنها افزایش داده، تعارض‌های زناشویی را کاهش دهد، بهزیستی افراد را بالا برده و سبب ارتقای سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنها شود. در واقع درمان پذیرش و تعهد به زوجین می‌آموزد که آنها می‌توانند مسایل مهم زندگی خود را برای همسرشان افشا نمایند، از همسر خود پاسخ مثبت دریافت کنند و تحت مراقبت وی قرار گیرند^[32]، به‌علاوه تعامل‌های کلامی و غیرکلامی خود را افزایش دهند.

یک آزمون ۲۰ سئوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعددی بررسی و تایید شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی این مقیاس و سه خرده‌مقیاس آن در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ به دست آمده است. نتایج ضریب همبستگی بین مقیاس ناتوانی هیجانی با هوش هیجانی (۰/۸۰-)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۷۸-) و درماندگی روان‌شناختی (۰/۴۴) بیانگر روایی همزمان این مقیاس است^[40].

جدول ۲) توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک همسران جانبازان

متغیرهای دموگرافیک	گروه آزمایش (۲۰ نفر)	گروه کنترل (۲۰ نفر)
دامنه سنی (سال)		
۳۰-۳۵	۲ (۱۰/۰)	۰
۳۵-۴۰	۸ (۴۰/۰)	۶ (۳۰/۰)
۴۰-۴۵	۹ (۴۵/۰)	۱۲ (۶۰/۰)
۴۵ و بالاتر	۱ (۵/۰)	۲ (۱۰/۰)
سطح تحصیلات		
سیکل	۸ (۴۰/۰)	۱۰ (۵۰/۰)
دیپلم	۵ (۲۵/۰)	۷ (۳۵/۰)
فوق‌دیپلم	۴ (۲۰/۰)	۳ (۱۵/۰)
لیسانس و بالاتر	۳ (۱۵/۰)	۰
مدت تاهل (سال)		
۵-۱۰	۸ (۴۰/۰)	۵ (۲۵/۰)
۱۰-۱۵	۹ (۴۵/۰)	۱۰ (۵۰/۰)
۱۵ و بالاتر	۳ (۱۵/۰)	۵ (۲۵/۰)
تعداد فرزندان		
تک‌فرزند	۸ (۴۰/۰)	۹ (۴۵/۰)
دو فرزند	۱۰ (۵۰/۰)	۹ (۴۵/۰)
سه و بیشتر	۲ (۱۰/۰)	۲ (۱۰/۰)

آموزش پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار برای گروه آزمایش برگزار شد که شامل مواردی مانند: توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعان، آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش تحمل‌پریشانی، آموزش تنظیم هیجان، افزایش کارآمدی بین‌فردی، آموزش مهارت‌های فردی مهم و مرحله جمع‌بندی بود^[33, 41, 42] (جدول ۱).

برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای اعمال نشد و از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری پژوهش در سطح توصیفی از میانگین و انحراف‌معیار و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکووا) استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن واریانس‌ها و از

ایجاد می‌شود نیست، بلکه به معنی عملکردهای تازه نیز هست^[45] و عملکردهای تازه و متناسب با شرایط زمان حال می‌تواند موجب رضایت و سازگاری زناشویی همسران جانبازان و رضایت زوجین از همدیگر شود. در واقع، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش استفاده از راهبردهای هیجانی سازگارانه^[33]، افزایش انعطاف‌پذیری همسران^[31] و ایجاد عملکردی تازه^[45] موجب می‌شود تا همسران به سطح بالاتری از سازگاری برسند.

در واقع، چون در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر "خود به عنوان بافتار یا مشاهده خود" تاکید می‌شود، فرد به آگاهی مداوم از "خود" که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است و پیوسته ثابت است دست می‌یابد. اما تجربه افکار، احساسات، خاطره‌ها، امیال، حواس، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است^[46]. بنابراین زنان افراد جانباز وقتی خود یا همسرشان در زندگی زناشویی دچار افکار، هیجانات و رفتار می‌شوند خود یا همسرشان را سرزنش نمی‌کنند، زیرا هم در مورد خودشان و هم در مورد همسرانشان "خود"شان را چیزی متفاوت از این افکار، هیجانات و رفتارهای گذرا می‌دانند و به‌صورتی فعال به این باور می‌رسند که این تجربه افکار، هیجانات و رفتارهای گذرا تجربه‌هایی قابل تغییر و اصلاح هستند و به‌جای سرزنش خود یا همسرشان بهتر است که این تجربه‌ها را مسئولانه و متعهدانه بپذیرند و برای تغییر آنها تلاش کنند. این پذیرش و تغییر در تجربه‌های ناخوشایند منجر به آگاهی و رضایت هیجانی فرد از خود و دیگران می‌شود و باعث می‌شود تا فرد با پذیرشی که به‌دست آورده، به‌گونه‌ای کارآمدتر با موقعیت‌ها روبه‌رو شود که این امر همان بهبود مهارت‌مندی هیجانی است، زیرا وقتی در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زیستن در زمان حال^[44] تاکید می‌شود، شخص در هر لحظه کارآمدترین آگاهی و عملکرد هیجانی متناسب با آن لحظه را ابراز می‌کند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی همسران جانبازان موثر بود. با توجه به میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ناگویی خلقی همسران جانبازان می‌شود. این یافته با پژوهش‌های هنرپروران^[34]، عباسی و همکاران^[29]، نریمانی و بخشایش^[32]، رجبی و همکاران^[43] و لی و همکاران^[37] مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات هیجانی زوجین اثربخش است، همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان به این موضوع اشاره کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تاکید بر لزوم عدم اجتناب تجربه‌ای باعث می‌شود تا فرد به‌جای خجالت، شرم، ترس، اندوه و غیره نسبت به افکار و هیجانات خود، آنها را بپذیرد و به‌راحتی و فعالانه با آنها کنار بیاید و نتیجه این موضوع افزایش عزت نفس است. حال این اثر درمان پذیرش و تعهد باعث می‌شود تا زنان جانبازان نسبت به ارزیابی افکار، احساسات و رفتارهای جنسی خودشان که همان عزت نفس جنسی است^[21] با پذیرش و اکتش نشان دهند و با تاکیدی که بر زیستن در زمان حال می‌شود از افکار، هیجانات و رفتارهای جنسی خود نسبت به همسرشان در هر زمان لذت ببرند و با آن احساس آرامش کنند. در واقع، اجتناب تجربه‌ای منجر به اختلالات روانی گوناگونی به‌ویژه اختلالات هیجانی می‌شود که این اختلالات روانی با کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا رابطه دارد^[29]. وقتی کیفیت زندگی کاهش یابد عزت نفس فرد هم دستخوش مشکلاتی می‌شود و این امر در مورد هیجانات جنسی و کیفیت روابط جنسی و عزت نفس جنسی نیز صادق است. از سویی دیگر،

خودابرازی جنسی از جمله لمس، درآغوش‌گرفتن و بوسیدن را در رابطه با همسر نشان دهند و افکار، احساسات، نیازها و تمایلات خود را بیان کرده و نزدیکی جسمانی بیشتری داشته باشند تا این امر زمینه‌ساز عزت نفس جنسی شود. با توجه به اینکه رابطه جنسی از لحاظ اهمیت از مهم‌ترین مسایل زندگی زناشویی محسوب می‌شود و به‌عنوان فشارسنج هیجانی در روابط عمل می‌کند، می‌تواند منعکس‌کننده رضایت زوج از جنبه‌های دیگر رابطه باشد، لذا مقیاس خوبی از سلامتی و تندرستی کلی روابط زوجین است^[25]. بنابراین این رویکردها به زوجین آموزش می‌دهند که توانایی شناسایی و درمیان‌گذاشتن هیجان‌ها را داشته باشند. علاوه بر این، این رویکرد با ایجاد امنیت و صمیمیت زن و شوهر، رابطه بین این مهارت‌های هیجانی و سازگاری زناشویی را میانجی‌گری می‌کند^[33].

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی همسران جانبازان موثر بود. با توجه به میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری همسران جانبازان می‌شود. این یافته با پژوهش‌های هنرپروران^[34]، عباسی و همکاران^[29]، نریمانی و بخشایش^[32] و رجبی و همکاران^[43] مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری می‌شود، همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که این آموزش با تاکید بر پذیرش تجربیات درونی و بیرونی^[44] موجب می‌شود تا یک زن هم نسبت به هیجانات و افکار جنسی در مورد همسرش و هم نسبت به عملکرد و رفتار جنسی خودش پذیرش داشته باشد، نسبت به آنچه در این رابطه در همین زمان یعنی زمان حال تجربه می‌کند پذیرا باشد و نسبت به این تجربه‌های درونی و بیرونی به‌صورت فعالانه متعهد باشد، که این افزایش پذیرش و تعهد هیجانی و عاطفی نسبت به افکار، هیجانات و رفتارهای جنسی همان افزایش عزت نفس جنسی است^[21]. وقتی که شخص به‌کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به تجربه‌های جنسی درونی و بیرونی خود پذیرش و رضایت‌مندی پیدا کرد، یعنی به‌صورتی غیرمستقیم به تقویت هیجانات مثبت و مهارت‌مندی هیجانی نیز کمک شده است، زیرا مهارت‌مندی هیجانی به معنی کارکرد هیجانی ماهرانه در روابط است و نیز مهارت‌مندی هیجانی به معنی هیجان نیست، بلکه به معنی مهارت و شایستگی یک شخص در به‌کارگیری هیجان برای تنظیم رفتارها و روابط خود است^[13,14].

از سویی دیگر، پذیرش و تعهد با افزایش آگاهی و توانایی ابرازگری سازگارانه هیجانات و کاهش هیجانات منفی مانند افسردگی و اندوه و اختلالات هیجانی^[29] به‌صورتی مستقیم نیز موجب افزایش بهره‌مندی هیجانی می‌شود. همچنین به احتمال زیاد افزایش عزت نفس جنسی همسران جانبازان که با بهبود عملکرد جنسی زناشویی‌شان همراه است توأم با افزایش مهارت‌مندی هیجانی آنان که با فهم هیجانات شخصی و زناشویی و نتیجتاً با کارکرد هیجانی در روابط زناشویی همراه است موجب افزایش سازگاری زناشویی خواهد شد، زیرا اولاً مهارت‌ها و مهارت‌مندی هیجانی هم به‌صورت مستقیم و هم غیرمستقیم، با نقش واسطه‌ای صمیمیت، بر رضایت و سازگاری زناشویی تاثیر دارد^[12] و ثانیاً پذیرش تعهد با تاکید بر ارزش‌های شخصی^[44] و افزایش در انعطاف‌پذیری همسران جانبازان^[31] موجب بهبود سازگاری زناشویی همسران جانبازان می‌شود. از سوی دیگر، در این روش درمانی پذیرش صرفاً به معنی جذب‌کردن احساسات، هیجانات و افکاری که در یک موقعیت

تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی در همسران جانبازان ۳۱
 آگاهی آنان افزایش یابد، راهکارهای موثر برای کنترل هیجانات و احساسات منفی را فراگیرند و از این راه کیفیت زندگی زناشویی و میزان سازگاری و صمیمیت زناشویی در آنان افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی و همچنین کاهش ناگویی خلقی همسران جانبازان موثر است.

تشکر و قدردانی: از مسئولان بنیاد شهید و امور ایثارگران و خانواده‌های جانبازان شهر اراک که پژوهشگران را در انجام این پژوهش با شکیبایی همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

تاییدیه اخلاق: این پژوهش پس از بررسی در کمیته اخلاق اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر اراک برای به حداقل رساندن زیان‌ها و به حداکثر رساندن منافع برای شرکت‌کنندگان در پژوهش اجرا شد.

تعارض منافع: این مقاله هیچ تعارضی با منافع نویسندگان ندارد.

سهام نویسندگان: ذبیح پیرانی (نویسنده اول) پژوهشگر اصلی (۲۵٪)؛ مسلم عباسی (نویسنده دوم) نگارنده مقدمه (۲۵٪)؛ محمد کلوانی (نویسنده سوم) نگارنده بحث (۲۵٪)؛ مریم نوربخش (نویسنده چهارم) جمع‌آوری داده‌ها (۲۵٪)

منابع مالی: موردی از طرف نویسندگان اعلام نشده است.

منابع

- 1- Mehdi-Araghy M. The effect of counseling on veteran's family. Proceeding of 1st Scientific Conference Affairs and Sport Veterans Affairs. Tehran: Iran Veterans Affairs; 2004. pp. 141-52. [Persian]
- 2- Dejkam M, Aminoroaya A. Comparing between psychological health of veterans 'wives and ordinaries' wives who had referred to Imam Hosein hospital and Sadr hospital. The 1st Scientific Conference of Veterans and Family. Tehran: Iran Veterans Affairs; 2003. [Persian]
- 3- Ghahari Sh, Mehryar AH, Birashk B. Comparitive study of some mental disorders in children of fatherless, martyred's, veteran's, and normal (7-12 years old) in Chalus city. J Mazandaran Univ Med Sci. 2003;13(41):81-91. [Persian]
- 4- Afrooz Gh, Vysmeh A. The relationship between depression and how veterans sons with their fathers. J Psychol Educ Sci. 2001;31(2):35-50. [Persian]
- 5- Zerach G, Greene T, Solomon Z. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment. J Health Psychol. 2015;20(2):222-35.
- 6- Solomon Z, Debby-Aharon Sh, Zerach G, Horesh D. Marital adjustment parental functioning and emotional sharing in war veterans. J Fam Issues. 2011;32(1):127-47.
- 7- Faranak F, Ebrahiminejad GH, Razavi Nematolahi V. The relationship of body image and self-esteem with marital adjustment: a study on female employees of Kerman University of Medical Sciences. J Health Dev. 2014;3(4):304-12. [Persian]
- 8- Nazari A, Taherirad M, Asadi M. The Effectiveness of enhancement program on marital adjustment. J Fam Psychother. 2013;3(4):527-42. [Persian]
- 9- Peterson-Post KM, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ. Perceived criticism and marital adjustment predict depressive symptoms in a community sample. Behav Ther. 2014;45(4):564-75.
- 10- Sinha SP, Mackerjee N. Marital adjustment and space orientation. J Soc Psychol. 1990;130(5):633-9.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوجها موثر [30]
 و کاهش پریشانی زمینه‌ای برای افزایش عزت نفس است.

همچنین چون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری همسران جانبازان موثر است [31] باعث می‌شود تا همسران جانبازان در برخی موقعیت‌ها که موجب تنش بین زن و مرد یا به‌طور کلی باعث تنش در زندگی زناشویی می‌شود و ممکن است سازگاری آنان را به هم بزند، با انعطاف برخورد کنند. به‌علاوه، پذیرش و تعهد از طریق رابطه‌ای که با افزایش به‌کارگیری برخی راهبردهای شناختی سازگارانه نظم‌جویی هیجانات و افزایش صمیمیت زناشویی دارد [33]، موجب سازگاری بیشتر همسران جانبازان می‌شود، زیرا آنان در نتیجه آموزش پذیرش و تعهد وضعیت کنونی زندگی خود را با تمامی نقاط قوت و ضعفش می‌پذیرند و این امر به آنان کمک می‌کند تا سطح بالاتری از سازگاری زناشویی را تجربه کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به شبیه نمونه‌گیری دردسترس، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و مشکل در دسترسی به همسران جانبازانی که میزان و نوع جانبازی آنان یکسان باشد (زیرا شدت و نوع آسیب‌دیدگی مسلماً بر کمیت و کیفیت کارکرد فرد جانباز در حوزه‌های مختلف زندگی از جمله بر کنترل هیجانی یا عملکرد جنسی آنان تاثیر خواهد گذاشت) اشاره کرد. به‌علت محدودیت زمانی و دسترسی‌نداشتن به نمونه مورد نظر، امکان اجرای مطالعات پیگیری وجود نداشت و بنابراین اطلاعاتی در دسترس نیست که نشان دهد در درازمدت تغییرات ایجادشده پایدار بوده‌اند یا خیر. همچنین محدودبودن نمونه پژوهش به همسران جانبازان شهر اراک، تعمیم یافته‌ها را به سایر زوجها و همسران جانبازان با محدودیت روبه‌رو می‌کند. به‌خاطر چنین محدودیت‌هایی واضح است که قبل از هر گونه نتیجه‌گیری محکم در مورد تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی همسران جانبازان، طرح‌های تحقیقاتی دقیق دیگر مورد نیاز است.

مطالعات مربوط به پذیرش و تعهد درمانی هنوز در آغاز راه است و شواهد بیشتری درباره مکانیزم عمل این درمان و کارهای بیشتری در این زمینه به‌ویژه در ایران لازم است. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات کنترل‌شده بیشتری درباره میزان اثربخشی این درمان در مورد سایر متغیرها مانند سلامت روان، اضطراب، افسردگی، انسجام خانوادگی و غیره انجام پذیرد. همچنین مطالعات آینده می‌توانند ارتباط میزان فرآیندهای تمرکز حواس و نقش تغییر رفتار را در میزان سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی در همسران جانبازان ارزیابی و بررسی کنند. پژوهش در زمینه به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در همسران جانبازان در نمونه‌های بزرگ‌تر، از پیشنهاد‌های دیگر پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به بررسی و مقایسه نتایج این درمان با سایر درمان‌های روان‌شناختی در همسران جانبازان پرداخته شود تا تفاوت‌ها و شباهت‌های این درمان با سایر درمان‌ها آشکار شده و مشخص شود که کدام درمان برای این گروه مناسب‌تر است.

اطلاعات حاصل از این مطالعه می‌تواند برای زوج‌درمانگران در جهت بهبود ارتباطات، افزایش ارتباط عاطفی و افزایش صمیمیت زوجها مفید باشد و درمانگران می‌توانند از این نتایج در مداخلات خود بهره ببرند. همچنین با توجه به اینکه جانبازبودن همسر باعث مشکلاتی در روابط زوجین می‌شود و میزان سازگاری و صمیمیت زناشویی را کاهش می‌دهد، پیشنهاد می‌شود که امکانات آموزشی رایگان و کارگاه‌های آموزشی برای این زوجها فراهم آید تا سطح

- properties of persian version of acceptance and action questionnaire-II. *J Psychol Model Method*. 2013;3(10):65-80. [Persian]
- 30- Amanelahi A, Heydarianfar N, Khojastemehr R, Imani M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in couples's distress. *J Appl Counseling*. 2014;4(1):103-19. [Persian]
- 31- Moghtadayi M, Khosh Akhlagh H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility of veterans' spouses. *Iran J War Public Health*. 2015;7(4):183-8. [Persian]
- 32- Narimani M, Bakhshayesh R. Effectiveness of acceptance and commitment based training on the psychological and emotional well-being, marital satisfaction in divorcing couples. *J Counseling Res*. 2015;13(52):108-23. [Persian]
- 33- Eslami E. The role of personal values, acceptance and cognitive emotional regulation-seeking in marital intimacy of married women [Dissertation]. Tehran: Kharazmi University; 2015. [Persian]
- 34- Honarparvaran N. The Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) of forgiveness and marital adjustment women damaged by martial infidelity. *J Women Soc*. 2014;5(3):135-50. [Persian]
- 35- Carson JW, Carson KM, Gil K, Baucom DH. Mindfulness-based relationship enhancement. *Behav Ther*. 2004;35(3):471-94.
- 36- Sadat Mousavi M, Rashidi A, Golmohammadian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on increasing marital satisfaction of the veteran and freedman wives. *J Appl Counseling*. 2015;5(2):97-112. [Persian]
- 37- Lee V, Robin Cohen S, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Soc Sci Med*. 2006;62(12):3133-45.
- 38- Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd Press; 2011. [Persian]
- 39- Zeanah PD, Schwarz JC. Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory women. *Assessment*. 1996;3(1):1-15.
- 40- Besharat A. Toronto alexithymia scale: Questionnaire, instruction and scoring (Persian version). *Dev Psychol Iran Psychol*. 2013;10(37):90-2. [Persian]
- 41- Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies. In: Fisher JE, editor. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*. 2nd Edition. Hoboken: Wiley; 2008. pp. 263-5.
- 42- Izadi R, Abedi M. Acceptance and commitment therapy. Tehran: Jangal Press; 2014. [Persian]
- 43- Rajabi Gh, Hayatbakhsh L, Taghipour M. Structural model of the relationship between emotional skillfulness, intimacy, marital adjustment and satisfaction. *J Fam Couns Psychother*. 2015;5(1):68-92. [Persian]
- 44- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*. 2004;35(4):639-65.
- 45- Ahmadi O. Comparison of experimental avoidance, cognitive and emotional failures in divorcing couples and normal couples of Shiraz city [Dissertation]. Ahvaz: Islamic Azad University; 2014. [Persian]
- 46- Hosseinaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri MM. Effect of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on job stress and burnout. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2013;19(2):109-20. [Persian]
- 11- Tamaren KJ. Factors of emotional intelligence associated with marital satisfaction [Dissertation]. Partial: Saint Louis University; 2010.
- 12- Dunham SM. Emotional skillfulness in African marriage: Intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction [Dissertation]. Akron: Akron University. 2008.
- 13- Mirgain S, Cordova JV. Emotional skill and marital health: The association between observed and self-reported emotion skill, intimacy and marital satisfaction. *J Soc Clin Psychol*. 2007;26(9):941-67.
- 14- Cordova JV, Gee CB, Warren LZ. Emotional skillfulness in marriage; Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *J Soc Clin Psychol*. 2005;24(2):218-35.
- 15- Olsen N. Emotion skills, problem-solving, and marital satisfaction: Investigation the mediating effect of emotion skills on the relationship between problem solving skills and marital satisfaction [Dissertation]. Worcester: Clark University; 2006.
- 16- King LA, Emmons RA, Woodley S. The structure of inhibition. *J Res Personal*. 1992;26(1):85-102.
- 17- Goldman RA, Greenberg LS. Promotion emotional expression and emotion regulation in couples. In: Douglas SK, Jeffery S, Hughes J, editors. *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006. pp. 150-2.
- 18- Jafaryazdi H, Golzari M. Emotional intelligence and martial adjustment of married women employed in education. *J Fam Res*. 2005;1(4):379-92. [Persian]
- 19- Rafati F, Shafiei N, Sharif F, Ahmadi J. The effect of psychological status of students on their academic progress. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci*. 2003;11(3):80-6. [Persian]
- 20- Hoban Sh, Hoban G. Self-esteem, self-efficacy and self-directed learning: Attempting to undo the confusion. *Int J Self Learn*. 2004;1(2):7-25.
- 21- Beth AV, Julien B, Anthony FB, Michael CA. Psychopathy, sexual behavior and self-esteem, it's different for girls. *Person Individ Differ*. 2010;48(7):833-8.
- 22- Ramazani M, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The correlation between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak Med Univ J*. 2012;14(6):57-65. [Persian]
- 23- Showani E, Zahrakar K, Ghasemi Jobaneh R, Dargahi Sh. Role of sexual satisfaction, spiritual health, psychological distress and self-esteem in marital commitment of women's with veteran husbands. *Iran J War Public Health*. 2015;7(2):99-105. [Persian]
- 24- Pourfaraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *Knowledge Health*. 2011;6(2):1-5. [Persian]
- 25- Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc; 2010.
- 26- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. 2010;19(2):597-605.
- 27- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2010;68(6):539-44.
- 28- Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83-91.
- 29- Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric