



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی

مریم احسانی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی کرج  
maryam.ehsani306@gmail.com

عصمت دانش

هیئت علمی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج  
esmat\_danesh@yahoo.com

سارا پاشنگ

هیئت علمی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج  
sarahpashang@yahoo.com

### چکیده

زمینه و هدف: ازدواج مقدمه تشکیل خانواده است. چنانچه ازدواج و زندگی خانوادگی شرایط نامناسب و نارضایتی را برای ارضاء نیازهای روانی زوجین ایجاد کند موجب ناسازگاری، اثرات منفی و گاهی جبران ناپذیری بر جا می گذارد. لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان متاهل انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش تمام زنان متاهل شهر کرج در سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه گیری گلوله برفی از میان ۵۰ زن داوطلب شرکت در پژوهش، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپاینر (۱۹۷۶)، برنامه درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد هییز (۲۰۰۴) بود. برنامه درمانی مذکور در طی ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی هفتگی ای یکبار درمورد گروه آزمایش انجام شد. پرسشنامه ها در سه مرحله در مورد هر دو گروه اجرا شد و سپس داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و تکرارسنجش، تحلیل شد. یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سازگاری زناشویی زنان ( $P<0/01, F=89/139$ )، رضایت زناشویی آنها ( $P<0/01, F=5/530$ ) و نیز همبستگی دونفره ( $P<0/05, F=6/285$ )، توافق دونفره ( $P<0/01, F=69/927$ ) و ابراز محبت آنها را افزایش ( $P<0/05, F=8/848$ ) و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار مانده است. بنابراین نتیجه گیری می شود از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش همبستگی دونفره، توافق دونفره، رضایت زناشویی و ابراز محبت در زوجین، سازگاری زناشویی زنان را افزایش می دهد.

کلید واژه: پذیرش، تعهد، زنان، سازگاری زناشویی، محبت



## مقدمه

ازدواج به عنوان اصلی ترین، مهم ترین هدف دستیابی به نیاز های عاطفی افراد همواره مورد تایید بوده است. برای اکثر افراد، شادمانی در زندگی، بیشتر به ازدواجی موفق و روابط زناشویی توأم با رضایت وابسته است تا سایر جنبه های زندگی. سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زوجین در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر می کنند. روابط رضایت بخش بین زوجین از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیاز ها ایجاد می شود (کجیاف، آقایی، ۱۳۹۰). در واقع سازگاری زناشویی یک ارزیابی کلی از وضع فعلی ارتباطی ارائه می دهد. اسپاینر (۱۹۷۶)، به نقل از علی اکبری دهکردی، محمدی، محتشمی، (۱۳۹۱) معتقد است که سازگاری زناشویی دارای چهار مولفه رضایت دو نفره، همبستگی دو نفره، توافق دو نفره و ابراز محبت می باشد. رضایت دو نفره: میزان شادمانی در روابط و همچنین فراوانی تعارضات تجربه شده در روابط را نشان می دهد. همبستگی دو نفره: به این موضوع اشاره دارد که چند وقت یکبار یک زوج همراه هم در گیر فعالیت های مشترک میشوند. توافق دو نفره: میزان موافقتی است که زوج ها در مورد موضوعات مهم نظیر اداره کردن امور مالی خانواده و اتخاذ تصمیمات دارند. ابراز محبت: ابراز محبت مربوط به این است که چند وقت یکبار، زوجین به یکدیگر ابراز عشق و علاقه می کنند (یار محمدیان، عسگری، ۱۳۹۰). گریف (۲۰۰۰) معتقد است که زوجین سازگار، زن و شوهری هستند که توافق زیادی با یکدیگر دارند و از نوع سطح روابط خود راضی هستند. اسکات، مالوف، مک کنلی، هالوندی، سیمونک (۲۰۰۲)، به نقل از علی اکبری دهکردی، محمدی، علی پور، محتشمی، (۱۳۹۱) طی پژوهشی نشان دادند که زوجینی که روابط محبت آمیزی تری از خودشان نشان می دهند سازگاری بیشتری را در زندگی زناشویی خود تجربه می کنند. رضایت زناشویی در زندگی می تواند با رضایت کلی از زندگی رابطه داشته باشد. پژوهش ها نشان میدهند که هر چه ناسازگاری زناشویی بالاتر باشد به دنبال آن ناراضیاتی از زندگی نیز بیشتر می شود (اسپرچر، ۲۰۰۱). به نقل از علی اکبری دهکردی و همکاران، (۱۳۹۱). سازگاری زناشویی فرآیندی است که در طی آن هر دو زوج به صورت انفرادی و یا با همکاری یکدیگر الگوهای رفتاری شان را برای رسیدن به حداکثر رضایت زناشویی در روابط شان، تغییر و اصلاح می نمایند (بالی، دهینگرا، ۲۰۱۰). در نتیجه رضایت ادراک شده هر یک از همسران را از رابطه و نیز میل به تداوم رابطه افزایش می دهد (پیترسون، راهودس، استنلی، ۲۰۱۴). رضایت و سازگاری زناشویی می تواند در زوجهایی که میزان صمیمیت بالاتری دارند بیشتر باشد. به عبارت دیگر زوج هایی که صمیمیت بالاتری دارند قابلیت بیشتری در مواجهه با مشکلات و تغییرات مربوط به رابطه خود دارند. در نتیجه رضایت و سازگاری زناشویی بالاتری را تجربه می کنند (پاتریک، سلز، جیرودانو، ۲۰۰۷). مشکلات ارتباطی از مهمترین عوامل بروز ناسازگاری و ناراضیاتی در زندگی زناشویی بشمار می رود به طوری که شایع ترین مشکلی که توسط زوج های ناراضی مطرح می شود عدم موفقیت در برقراری ارتباط است (مورات، کارابن، ۲۰۰۷). به نقل از نظری، طاهری راد، اسدی، (۱۳۹۲). در واقع سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زوجین مشکلات ارتباطی بسیار اندکی دارند که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از همدلی، خوشبختی و رضایت از همدیگر را دارند (هنرپروران، ۱۳۹۳). از جمله عوامل موثر بر سازگاری زناشویی متغیرهای شخصیتی است (شاکرین، فاطمی، فرهادیان، ۱۳۹۰). مطالعات انجام شده به طور عمومی نشانگر آن است که ویژگی های شخصیتی با تمام عملکردهای انسان ارتباط دارد (هولند، ۲۰۰۹). به باور کوپر (۲۰۱۰) تفاوت های بین فردی معناداری در بین افراد وجود دارد و این تفاوت ها به شیوه ای منطقی به وسیله تفاوت های بین فردی در شخصیت قابل پیش بینی وتوجیه است. شخصیت به صورت مستقیم و به عنوان عاملی تاثیر گذار بر فرآیند ارتباطی زوج ها اثر دارد. شخصیت یک نفر انواع معین و متفاوتی از واکنش ها را از طرف متقابل فرا میخواند و بالطبع رضایت زناشویی و میزان سازگاری آن را متاثر می سازد (کایوقلین، ۲۰۰۰). بارلنز، دیچ کاسترا (۲۰۱۱) در مطالعات خود دریافته اند که داشتن تصویر مثبت در مورد ویژگی های شخصیتی همسر، با کیفیت ارتباط بطور مثبت رابطه دارد. همچنین بین تصورات مثبت در رابطه با شخصیت همسر با طول مدت ازدواج، شخصیت افراد ارتباط وجود دارد. یکی از کارآمدترین و جامع ترین نظریه های مطرح شده در باب شخصیت، نظریه پنج عاملی است که برای ارزیابی عوامل اصلی شخصیت طراحی و در پژوهشهای بین المللی مورد توجه قرار گرفته و بعنوان یکی از ابزار های مهم روانشناختی برای پژوهش هایی است که هدف آن بررسی عوامل شخصیت که به تنهایی یا در کنار سایر متغیرها بکار می رود (روشن چسلی، شعیری، عطری فرد، نیکخواه، قایم مقامی، رحیمی راد، ۱۳۸۵). بر اساس این دیدگاه شخصیت، ساختاری دارای سلسله مراتبی با پنج بعد اصلی در بالاترین مرتبه و قابل تقسیم به اجزاء با صفات رده پایین تر است. نوروزگرایی به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تنش، ترحم جویی، خصومت، تکانشگری، افسردگی و حرمت نفس پایین بر میگردد. برون گرایی به تمایل فرد برای مثبت بودن، جرات طلبی، پارانرژی بودن و صمیمیت اطلاق میگردد. انعطاف پذیری به تمایل فرد برای کنجکاوی،



عشق به هنر، هنرمندی و خردورزی گفته می شود. همسازی به تمایل فرد برای بخشندگی، مهربانی، سخاوت، همدلی و همفکری، نوع دوستی، اعتماد ورزی مربوط می شود. مسئولیت پذیری به تمایل فرد برای منظم بودن، کارآمدی، قابلیت اعتماد و اتکا، خودنظم بخشی، منطقی بودن و آرام بودن بر می گردد(احدی، ۱۳۸۶). پژوهش هامبد، دونلان، لاکونو، (۲۰۱۰) بر روی ۱۸۰۵ زوج متاهل نشان داد که ویژگی های شخصیتی زوج ها به عنوان پیش بینی کننده روانی سازگاری زناشویی از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین مطالعات هامبد، همکاران (۲۰۱۰) نشان داد افرادی که همسری با ویژگی های شخصیتی شبیه خود را انتخاب میکنند از رضایت زناشویی خوبی برخوردار هستند و سازگاری بیشتری دارند. یکی از عوامل موثر بر سازگاری زناشویی صمیمیت زوجین است(فلیپ، ۲۰۰۵). به گفته لادرمیلک و پری (۲۰۰۳)، به نقل از مهدی پوربازکیانی، صداقتی فرد، (۱۳۹۴) صمیمیت از جمله فرآیندهای مهمی است که رضایت زناشویی را تحت تاثیر قرار میدهد. اساسا می توان گفت از عوامل موثر بر رضایت زناشویی صمیمیت زوجین است که به عنوان یکی از شاخص های سلامت روان نیز شناخته می شود. به همین دلیل صمیمیت همواره از نگرانی عمده متخصصان مشاوره و روانشناسان بوده است. این مهم تا آنجاست که بسیاری از درمانگران مشکل ترین اختلافات زوجین را به ترتیب ارتباطات، انتظارات غیر واقعی از ازدواج و همسر، فقدان صمیمیت و نشان ندادن علاقه می شناسند (پوربازکیانی، صداقتی فرد، ۱۳۹۴). صمیمیت یک نیاز اساسی انسانی است و به عنوان یک فرآیند مهم در توسعه روابط دوستانه شناخته شده است. صمیمیت در ازدواج غالبا به عنوان یک فرآیند پویا توصیف میشود و به طور مثبتی با سازگاری و رضایت زناشویی همراه است. باگوروزی (پوربازکیانی، همکاران، ۱۳۹۴) صمیمیت را یک نزدیکی، تشابه، روابط شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر میدانند که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر و همین طور بیان افکار و احساساتی است که نشانه تشابه با یکدیگر است. ناسازگاری در ازدواج و رابطه زناشویی از مهمترین عوامل بروز تنش، سردی روابط، گسیختگی انسجام، وحدت خانواده و در نتیجه ایجاد کانونی که نه تنها نمی تواند نیاز های عاطفی، روانی و امنیتی اعضا خود را بر آورده سازد بلکه باعث بروز آشفتگی روانی، ناراحتی ها، مشکلات روانی در اعضا شده و سلامت روانی آنها را به خطر می اندازد (رید، احمد، ۲۰۰۸، به نقل از نظری، طاهری راد، ۱۳۹۲). امروز عوامل مختلفی در زندگی زناشویی موجبات بروز ناسازگاری و اختلال در روابط عاشقانه، صمیمی در زوج ها را فراهم می آورد. چنانکه آمار روز افزون طلاق بیانگر این موضوع است (برنشتاین، اف اچ، برنشتاین، ام تی، ۲۰۰۴، به نقل از سهرابی، ۱۳۸۲). نارضایتی و ناسازگاری زناشویی تحت تاثیر عوامل متعددی قرار می گیرد. این گونه به نظر میرسد که رضایت زناشویی به طور مستقیم و غیر مستقیم با پایداری بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی رابطه داشته باشد. در حالی که مشخص شده است نارضایتی از ازدواج منجر به تنش و اضطراب و ناسازگاری و در نهایت انحلال واحد خانواده می شود. به نظر می رسد که برنامه های آموزشی برای افزایش رضایت و سازگاری زناشویی باید در بر گیرنده عوامل موثر بر آن باشد و به افزایش سازگاری در هر کدام از آن ابعاد بپردازد. به منظور افزایش رضایت و سازگاری زناشویی رویکرد های درمانی گوناگونی وجود دارد که از آن جمله می توان به روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رفتار در مانی های مبتنی بر ذهن آگاهی است که اثر بخشی آن برای درمان طیف گسترده ای از وضعیت های بالینی معلوم شده است. اصطلاح موج سوم یا نسل سوم را در اشاره به درمان های شناختی - رفتاری ابداع شد. دو نوع اصلی آن شامل درمان های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (سیگال، ۲۰۱۲) و درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد(هیز، ۲۰۱۱). که در سال های اخیر پدید آمده اند. در حالی که در هر دو نوع درمان ریشه های شناختی و رفتاری دیده می شود اما فرضیه های اصلی و هدف این نوع درمان ها، تغییر شناخت و کمک به احساس بهتر بودن است. درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد در مخالفت با فرضیه بهنجار بودن سالم. این فرض را دارد که فرآیند های روانشناختی ذهن انسان را اغلب مخرب و موجب رنج روانشناختی هستند. کاهش علامت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیست. چنین موضوعی بر این باور استوار است که تلاش مداوم برای خلاص شدن از شر علایم خود می تواند اختلال بالینی ایجاد کند(هیز، ۱۹۹۹). اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاحدی و نیز گاهی بطور کامل به وسیله تغییرات در فرآیند های روانی واسطه حاصل می شود(هیز، ۲۰۱۳). اخیرا فراتحلیل مولفه های این نوع درمان، اثر بخشی متوسط تا خیلی زیاد آن را در مشکلات روانی و مشکلات خانوادگی تایید کرده است(لیون، ۲۰۱۲). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مشکلات می باشد. که در نهایت منجر به افزایش بهزیستی و کمک به عملکرد بهتر در زندگی افراد می شود(هافمن، ۲۰۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (به معنی اقدام ) مخفف جالبی است چون این درمان در باره انجام اقدام موثری است که به وسیله عمیق ترین ارزش های افراد هدایت می شود آن هم در حالی که افراد کاملا آماده و متعهد هستند. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که می توان یک زندگی پر معنا ساخت. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش را آغاز کرد با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه های درونی ناخواسته و نا مطلوب روبرو خواهید شد (افکار، احساسات، حس های بدنی، تکانه





ها و خاطرات). علل استفاده از درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر ارزیابی و توسعه یک طرح درمانی است. در این درمان بر ارزیابی عملکرد رفتاری مراجع تاکید می شود نه علت یابی. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک نوع رفتار درمانی است که هدف آن به عمل در آوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه های ارزنده است (هیز، ۱۹۹۹). از این منظر، توسعه و نگهداری پریشانی، تعارض و فاصله عاطفی در زوج ها، ناشی از ترکیب کنترل های محکم و بی فایده هر یک از آنها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است (ساجدی نیا، ۱۳۹۴). از این رو تحقیقات زیادی در زمینه های مرتبط به موضوع توسط محققان داخلی و خارجی انجام شده است. نتایج مطالعات پیترسون و همکاران (۲۰۰۹) که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در درمان زوج های پریشان بکار بردند، حاکی از آن است که هر دو زوج پس از پایان درمان سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند. همچنین در مطالعه آنها پریشانی بین فردی کاهش یافت و زوجین تا پایان درمان آهنگ بهبود را ادامه دادند. پارچ و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای دو شیوه زوج درمانی سیستمی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی آشفتگی زناشویی زوج های ۲۰ تا ۳۰ ساله مورد مقایسه قرار دادند. نتایج تحلیل مانووا نشان داد که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تمام متغیر های ارتباطی را بیش از زوج درمانی سیستمی بهبود بخشید. هنرپروران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت همسر. نشان داده شد که رویکرد درمانی پذیرش و تعهد می تواند باعث گذشت بین زوجین و ایجاد روابط صمیمانه ناشی از خیانت همسر می گردد. مرشدی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان کارایی در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زن ها، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی زناشویی به طور مستقیم و افزایش رضایت زناشویی به طور غیر مستقیم موثر خواهد بود. جعفری (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، افزایش رضایت زناشویی و تاب آوری همسران جانباز شهرستان نجف آباد نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابلیت افزایش رضایت زناشویی (ارتباط کلامی، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت) همسران جانبازان مرد را دارد. لشنی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه ای با عنوان اثر بخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با ذهن آگاهی بر رضایتمندی زناشویی همسران جانباز ضایعات نخاعی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی موثر می باشد. جوادکاسیان و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زوج ها، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میتواند سطح رضایتمندی زناشویی را افزایش دهد. علی رغم انجام پژوهش های مختلف در جهت اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زوج ها پژوهش خاصی که به بررسی اثر بخشی این درمان بر سازگاری زناشویی زنان صورت نگرفته است و بیشتر پژوهش های انجام شده در مورد رضایت زناشویی و شرایط خاص نظیر ناباروری و روابط فرازناشویی یا همسران دارای شرایط ویژه می باشند. لذا پژوهش حاضر در جهت بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان با شرایط عادی می باشد. که بر این اساس به دنبال بررسی موارد زیر می باشد. ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رضایت زناشویی را افزایش می دهد. ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همبستگی زناشویی را افزایش می دهد. ۳- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توافق زوجین را افزایش می دهد. ۴- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابراز محبت زوجین را افزایش می دهد. ۵- تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و مولفه آن در مرحله پیگیری پایدار میماند.

### روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با پیگیری دو ماهه است که جامعه آماری این پژوهش شامل، تمام زنان متأهل شهر کرج در سال ۱۳۹۶ بود. روش نمونه گیری در این پژوهش به روش گلوله برفی بود که از میان ۵۰ نفر زن داوطلب، ۳۰ نفر زن با در نظر گرفتن معیارهای ورود که شامل محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، حداقل مدت ازدواج ۲ سال، تحصیلات حداقل دیپلم و معیار های خروج که شامل داشتن بیماری جسمانی، داشتن بیماری شدید روانی، مصرف داروهای روان پزشکی، درمان های موزاری یا روان درمانی، داشتن هریک از اختلالات محور I و II انتخاب شدند و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شده اند. برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بصورت گروهی هفته ای دو بار در مورد گروه آزمایش انجام شد. افراد گروه گواه هیچ نوع آموزش و خدماتی در زمینه برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نکردند. پرسشنامه ها در سه مرحله در مورد هر دو گروه قبل و بعد از مداخله اجرا شد.



پرسشنامه سازگاری زناشویی (اسپاینر): پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپاینر است که مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه توسط گراهام اسپاینر (۱۹۷۶) تهیه شده و دارای ۳۲ سوال و ۴ خرده مقیاس می باشد که برداشت های افراد در مورد سازگاری زناشویی را نشان میدهد. نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرتی صورت میگیرد. نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۵۱ متغیر است که کسب نمرات بیشتر یا برابر ۱۰۰ به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنای وجود مشکلی در روابط زناشویی و ناسازگاری است. تحلیل عاملی نشان می دهد که این پرسشنامه چهار بعد را میسجد که عبارتند از رضایت دو نفره، همبستگی دو نفره، توافق دو نفره، ابراز محبت. مطالعات مربوط به پایایی و روایی این مقیاس همواره مثبت بوده است. اسپاینر پایایی ۹۶ درصد را از طریق ضریب آلفا کرونباخ برای این مقیاس بدست آورد است. برای مقیاسهای فرعی رضایت دو نفره ۹۴ درصد، توافق دو نفره ۹۰ درصد، همبستگی دو نفره ۸۶ درصد و برای ابراز عاطفی در روابط دو نفره ۷۳ درصد گزارش نمود. روایی هم زمان این پرسشنامه با مقیاس سازگاری زناشویی لاک، الاس ۹۴ درصد گزارش شد (کجیاف، همکاران، ۱۳۹۰). این مقیاس توسط ثنائی (۱۳۷۹) به نقل از عطاری، همکاران، (۱۳۸۸) ترجمه شده و در بسیاری از پژوهش های داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. ضریب پایایی ابراز از روش الفای کرونباخ در این پژوهش ۸۸ درصد گزارش گردیده است.

### پروتکل درمانی :

جلسه اول : آشنایی و معارفه، ارزیابی و جهت گیری درمان. استراتژی: گرفتن جزییات از اعضاء گروه شرکت کننده، معرفی اهداف درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش. مداخلات: معرفی تمرکز، تمرینات.

جلسه دوم : ارزیابی های فردی. استراتژی: مصاحبه فردی. مداخلات: جلسه طرح ریزی زوجی، یکپارچه سازی، ارزیابی فردی.

جلسه سوم : ارزیابی هزینه های نا امیدی خلاق. استراتژی: بررسی هزینه های تعارض و اجتناب اعضاء گروه، توسعه نا امیدی خلاق. مداخلات: استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین تلاش های رابطه بی اثر.

جلسه چهارم : تمرکز حواس و پذیرش. استراتژی: معرفی پذیرش و تمرکز حواس. مداخلات: تمرین پذیرش افکار و احساسات.

جلسه پنجم : هم جوشی شناختی. استراتژی: تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای اعضا گروه. مداخلات: تمرین راننده اتوبوس، تمرین افکار روی برگه.

جلسه ششم : مشاهده افکار. استراتژی: توسعه دیدگاه ناظر ومقایسه واکنشهای خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر. مداخلات: تمرین پذیرش واکنش های رابطه، تمرین افکار روی برگه.

جلسه هفتم : انتخاب جهت ارزشها. استراتژی: کمک به اعضاء برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش های رابطه و زندگی. مداخلات: تمرین چه چیز در زندگی، رابطه در حال حاضر می خواهیم، تمرین نوشتن روی سنگ قبر.

جلسه هشتم : شناسایی موانع ارزش در زندگی از طریق پذیرش ومشاهده خود، ایجاد الگو های انعطاف پذیری رفتار در رابطه. استراتژی: بازبینی کاربرد ارزش ها، بحث در مورد موانع ارزش های زندگی و کمک به اعضا تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند. مداخلات: کاربرد عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده اتوبوس.

جلسه نهم : خود به عنوان زمینه در این رابطه و پذیرش، اقدام متعهدانه. استراتژی: طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن اعضاء در خود به عنوان زمینه رابطه، بازبینی تمیل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد. مداخلات: کار برگ اقدام متعهد، استعاره صفحه شترنج.

جلسه دهم : کار در جهت پایان. استراتژی: بازبینی ارزش ها رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان. مداخلات: گرفتن کار برگ اقدام متعهدانه، CD تمرینات تمرکز حواس(ذهن آگاهی) برای تمرین در منزل.



### یافته ها

میانگین سنی گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۳۳ (انحراف معیار ۲/۷۱)، و گروه گواه ۳۲/۹۳ (انحراف معیار ۲/۴۱) بود. میانگین سال های تحصیل نیز در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۱۶/۲ (انحراف معیار ۲/۱۱)، و گروه گواه ۱۷/۱۴ (انحراف معیار ۲/۹۱) بود. میانگین مدت زمان تاهل گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۷/۵۸ (انحراف معیار ۳/۸۰)؛ و گروه گواه ۷/۶۶ (انحراف معیار ۲/۷۷) گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد سازگاری زناشویی و مقیاسهای آن در مراحل اندازه گیری دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد) و گواه

آزمون	سازگاری زناشویی	گروه گواه		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	رضایت زناشویی	۲۲/۱۳	۴/۰۵	۲۰/۷۳	۴/۰۶
	همبستگی زوجین	۱۲/۶۷	۲/۹۴	۱۱/۴۰	۲/۹۰
	توافق زوجین	۲۷/۲۷	۶/۲۰	۲۶/۰۷	۳/۸۸
	ابراز محبت زوجین	۱۰/۰۷	۲/۶۳	۸/۸۰	۲/۱۴
	سازگاری زناشویی	۷۲/۱۳	۸/۲۹	۶۷/۰۰	۵/۶۸
پس آزمون	رضایت زناشویی	۲۴/۸۷	۵/۱۸	۳۷/۸۰	۴/۳۱
	همبستگی زوجین	۱۵/۰۰	۲/۴۲	۱۷/۱۳	۲/۳۹
	توافق زوجین	۲۷/۲۷	۶/۲۰	۴۰/۶۰	۷/۰۷
	ابراز محبت زوجین	۱۱/۴۰	۱/۹۲	۱۲/۸۷	۱/۵۱
	سازگاری زناشویی	۷۸/۵۳	۱۱/۵۴	۱۰۸/۴۰	۱۰/۷۸
پیگیری	رضایت زناشویی	۲۴/۶۰	۵/۰۵	۳۴/۸۷	۷/۶۷
	همبستگی زوجین	۱۵/۴۰	۲/۲۳	۱۵/۸۰	۲/۵۷
	توافق زوجین	۲۷/۴۰	۶/۵۴	۳۸/۶۰	۴/۴۸
	ابراز محبت زوجین	۱۱/۶۰	۱/۷۶	۱۰/۹۳	۲/۵۵
	سازگاری زناشویی	۷۸/۲۷	۱۱/۶۴	۱۰۰/۲۰	۱۰/۹۴



در جدول ۱: درپیش آزمون، میانگین سازگاری زناشویی و مقیاسهای آن در دو گروه تقریباً یکسان بود. در پس آزمون، میانگین سازگاری زناشویی و مقیاسهای آن در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) افزایش داشت. برای گروه گواه و آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، میانگین سازگاری زناشویی و مقیاسهای آن در پس آزمون و پیگیری، تقریباً یکسان بود.

جدول ۲: بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس برای سازگاری زناشویی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر پیش آزمون	۱۴۲۰/۵۷۵	1	۱۴۲۰/۵۷۵	۱۹/۶۶۴	۰/۰۰۱
اثر تعاملی پیش آزمون و درمان	۰/۵۱۳	1	۰/۵۱۳	۰/۰۰۷	۰/۹۳۳
مقدار خطا	۱۸۷۸/۲۷۶	26	۷۲/۲۴۱		

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که کنش متقابل پیش آزمون و درمان معنادار نیست. بنابراین شیب خط رگرسیون در دو گروه یکسان است. شیب های برابر حاکی از این است که تعاملی بین پیش آزمون و مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد) وجود ندارد. اثر پیش آزمون بر پس آزمون معنادار است چون سطح معناداری آن کمتر از ۰/۰۵ است. پس کنترل اثر آن با تحلیل کوواریانس منطقی به نظر می رسد. پس برای پاسخ به فرضیه فوق می توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات سازگاری زناشویی (پیش آزمون - پس آزمون) دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد) و گروه گواه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایفا
اثر پیش آزمون	۱۶۱۰/۵۴۴	1	۱۶۱۰/۵۴۴	۲۳/۱۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
اثر درمان	۲۲۰/۶۶۵۶	1	۲۲۰/۶۶۵۶	۸۹/۱۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
مقدار خطا	۱۸۷۸/۷۸۹	27	۶۹/۵۸۵			

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین سازگاری زناشویی دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد) و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ( $F= ۸۹/۱۳۹, P<۰/۰۱$ ). بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود. مجذور ایفا اثر درمان مبتنی بر پذیرش - تعهد بر افزایش سازگاری زناشویی زنان را ۶۱/۴ درصد (۰/۶۱۴) نشان می دهد. در نهایت، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می توان نتیجه گرفت که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) سازگاری زناشویی را افزایش می دهد.





جدول ۴: آزمون t همبسته برای مقایسه سازگاری زوجین و مولفه های آن در پس آزمون و مرحله پیگیری

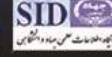
متغیر	گروه	تغییر در مرحله پیگیری	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معناداری
رضایت زناشویی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۹۳۳	۸/۴۹۸	۱/۳۳۷	۱۴	۰/۲۰۳
	گواه	۰/۲۶۷	۰/۷۰۴	۱/۴۶۸	۱۴	۰/۱۶۴
همبستگی زوجین	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۳۳۳	۲/۲۵۷	۲/۲۸۸	۱۴	۰/۰۳۸
	گواه	-۰/۴۰۰	۰/۶۳۲	-۲/۴۴۹	۱۴	۰/۰۲۸
توافق زوجین	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۰۰۰	۵/۵۵۵	۱/۳۹۴	۱۴	۰/۱۸۵
	گواه	-۰/۱۳۳	۰/۷۴۳	-۰/۶۹۵	۱۴	۰/۴۹۹
ابراز محبت زوجین	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۹۳۳	۲/۹۱۵	۲/۵۶۹	۱۴	۰/۰۲۲
	گواه	-۰/۲۰۰	۰/۷۷۵	-۱/۰۰۰	۱۴	۰/۳۳۴
سازگاری زناشویی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۲۰۰	۱۴/۲۶۹	۲/۲۲۶	۱۴	۰/۰۴۳
	گواه	۰/۲۶۷	۱/۴۳۸	۰/۷۱۸	۱۴	۰/۴۸۴

نتایج آزمون t همبسته بیانگر این است که، توافق زوجین و رضایت زناشویی زنان در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون افت معناداری نداشت ولی سازگاری زناشویی، همبستگی زوجین و ابراز محبت زوجین در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون افت معناداری داشت.

### بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش بیانگر آن است که رویکرد پذیرش و تعهد می تواند موجب افزایش سازگاری زناشویی گردد. یافته های این پژوهش فرضیات تحقیق را تایید میکند و نشان میدهد که میتوان از این رویکرد درمانی برای کاهش آسیب ها و افزایش سازگاری در زوجین استفاده عملی نمود. همچنین نتایج پژوهش نشان میدهد که اثرات درمانی این رویکرد در مرحله پیگیری نیز همچنان حفظ شده است. این نتایج با یافته های محققان دیگر که معتقد بر اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلالات رفتاری و مشکلات زناشویی هستند همسویی و هماهنگی دارد. از آن جمله می توان به پژوهش هنرپروران (۱۳۹۳) که معتقد است این شیوه درمانی در بخشش و بهبود مولفه های سازگاری زناشویی زنان موثر است. یافته های پژوهش امان الهی و همکاران که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میتواند در درمان پریشانی زوج ها، بهبود ارتباطات، افزایش ارتباط عاطفی و صمیمیت زوج ها مفید باشد. عرب نژاد (به نقل از مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی، محمد شاکرمی، ۱۳۹۴) در مطالعه خود بیان کردند که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش تعارضات و افزایش صمیمیت زناشویی زوجین گردیده است. یافته های پژوهش علوی زاده و شاکریان (۱۳۹۵)





نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه دارا بودن زبان خاص، تاکید بر پذیرش افکار، احساسات و هیجانات به ویژه افکار و هیجانات منفی و با توجه به اینکه به کمک تکنیک های مورد استفاده در این درمان، فرد برای خود اهداف ارزشمند تعیین و متعهد میشود که برای رسیدن به آن اهداف عمل کند و میتواند درمان موثری برای استرس، اضطراب، افسردگی و فشارهای روانی فرد باشد. زیرا این رویکرد درمانی جدید از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیند های تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانی استفاده میکند که برای درمان زنان آسیب دیده از مشکلات زناشویی رویکرد مناسبی است. و باعث افزایش سازگاری زناشویی در آنها می شود.

در تبیین کلی نتایج این پژوهش میتوان گفت که از نظر رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علت تعارضات و فاصله عاطفی در زوج ها ناشی از ترکیب کنترل های محکم و بی فایده هریک از زوجین نسبت به طرف مقابل و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زوجین (زن و شوهر) است. واقعی در نظر گرفتن افکار و ارزیابی های منفی و عمل بر طبق آنها، چرخه رابطه منفی زوجین (زن و مرد) را حفظ می کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تضعیف این فرآیندها و در نتیجه کاهش رنج های غیر ضروری زوج هاست که بوسیله اجتناب های تجربی هریک از آنها ناشی می شود. هدف اصلی رویکرد پذیرش و تعهد کمک به هر یک از زوجین ( زن و مرد ) برای اینکه از فرآیند های شناختی منفی، واکنش های عاطفی خود، چه در تنهایی و چه در رابطه دو نفره آگاه شوند و ارزشهایی که آنها را در رابطه نگه داشته است را روشن کند و به عمل متعهدانه، آنها را تشویق کند زیرا عمل متعهدانه رفتاری همسو با ارزشها است که تقویت مثبت را افزایش می دهد و کیفیت زندگی را در درازمدت بهبود می بخشد.

معمولا زوج ها از موقعیت های مرتبط با آسیب، طرد یا تعارض اجتناب می کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج ها پذیرش افکار، احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی ها و الگوهای ارتباط را بیان می کند. بطور واضح نشان داده می شود که وقتی یکی از زوج ها از لحاظ عاطفی احساس آسیب میکند به فاصله عاطفی، سرد شدن رابطه با همسر روی می آورد. هرچند فاصله عاطفی برای مدت کوتاهی از افراد محافظت می کند اما در طولانی مدت می تواند ایجاد آسیب نماید. رویکرد پذیرش و تعهد یادگیری مهارت پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش هایی که ارتباط، صمیمیت عاطفی زوج ها را افزایش می دهد را بیان می کند. در مجموع میتوان گفت که مداخلات صورت گرفته در رویکرد پذیرش و تعهد به زوجین کمک می کند تا بتوانند تعارضات خود با همسرشان را حل کنند، ارتباطات جدید و مثبتی را آغاز نمایند، برای ایجاد صمیمیت در رابطه جدید تلاش کنند و بدین ترتیب روابط سازگاران تر و رضایت بخش تری را تجربه کنند. نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش های پیشین مبنی بر اینکه میتوان به زوج ها با مشکلات ناسازگاری، نارضایتی زناشویی کمک کرد، همسو می باشد.

هافمن و اسمندسون (۲۰۰۸)، هدف اصلی در زوج درمانی رویکرد درمانی پذیرش و تعهد را درمان اجتناب های هیجانی، گسترش پاسخ ها به محتوای شناختی، ایجاد و حفظ تعهد در تغییرات رفتاری بیان می نمایند. آنها می گویند که ACT زوجین را تشویق می نماید که با ارزش های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آنها گردند. از دیدگاه ACT اجتناب از تجارب، فرآیند آسیب زایی را بوجود می آورد که در ایجاد و گسترش تعارضات زناشویی و خانوادگی نقش بسزایی دارد. ACT این اجتناب ها را هدف درمانی خود قرار میدهد تا به منظور تجربه کردن به جای کنترل یا تغییر دادن ارزیابی های منفی وقایع در تعارضات فرد یک بازگشایی اساسی بوجود آورد. در واقع فرآیند های مرکزی ACT به افراد آموزش می دهد که چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند و از افکار آزار دهنده رهایی یابند و به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند و ارزشهایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. درمان پذیرش و تعهد تلاش میکند تا به افراد یاد بدهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند. جرج (۲۰۰۴)، معتقد است که پذیرش بحث های غیر موثر خانوادگی را به سمت بازگشایی در خلوص و تغییرات اساسی هدایت می نماید و فضایی را برای زوجین باز می نماید تا افکار و احساسات را بدون تلاش برای تغییر بتواند فکر نماید و احساس کنند. اولندزکی (۲۰۰۹) در مورد اثر بخشی تمرینات تمرکز می معتقد است این تمرینات کمک می نماید تا فرد مستقیما با وقایع استرس زا و تنش زای خود خصوصا در جلسات درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل و با کشمکش با آنها تجربه نماید. فرد نه تنها تجربه کامل افکار و هیجانات را دارد بلکه به همسر نیز اجازه می دهد تا چنین تجربه ای را داشته باشد.



باراچ، کاندر، باسچ (۲۰۰۹) معتقدند که مداخلات تمرکز ذهنی و پذیرش و گسیختگی شناختی بطور معناداری موجب افزایش پاسخ های جنسی در جنبه های مختلف آن و کاهش آشفتگی جنسی در زنان میگردد. این محققان پژوهش خود را با هدف افزایش پاسخ های جنسی ( تمایل، برانگیختگی، ارگاسم ) بر روی زنان شاکی از نارضایتی جنسی انجام دادند و مداخلات رویکرد پذیرش و تعهد بدین منظور استفاده نمودند. هریس (۲۰۰۹)، به نقل از نازنین هنرپروران (۱۳۹۳) معتقد است که گسیختگی شناختی تغییر در عملکرد نامطلوب افکار، وقایع شخصی را تشویق می نماید تا زوجین درک کنند تلاش برای کنترل وقایع شخصی نه تنها راه حل نیست بلکه مشکل ساز می باشد. مداخلات گسیختگی شناختی سبب میشود تا عملکرد ارزیابی های منفی افکار شرم آور و احساسات ناکفایتی تغییر یابند. دلیل اثر بخشی ACT بر روی زنان آسیب دیده این بود که این رویکرد به جای تلاش برای مدیریت تعارضات و کار بر روی عناصر تعارضی، ایجاد سازگاری بین زوجین و یا آموزش شیوه های سازش با جنبه های طاقت فرسای زناشویی بر روی کشف ارزشهای هر زوج بوسیله شناسایی اینکه چه چیزی واقعا مهم است و چگونه هر فرد با رفتار خود میتواند از طریق ارزش های شخصی زندگی معناداری را برای خود و همسرش ایجاد نماید تمرکز کرده و تمام تجربیات زندگی زوجین را برجسته نموده تا شیوه های بودن و زیستن موثرتر را کشف نمایند. از محدودیت های این پژوهش منطقه جغرافیایی، محدود بودن این پژوهش به زنان و رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بود است. پیشنهاد میشود تاثیرات این پژوهش بر روی زنان و مردان سایر نقاط کشور مانند دیگر شهرها و مناطق دیگر اجرا شود همچنین پژوهش هایی با استفاده از سایر رویکردهای درمانی و تاثیرات آن بر سازگاری زناشویی انجام شود و نتایج اثر بخشی آن ها با این پژوهش مقایسه گردد.

## منابع

کجیاف، محمد باقر، مقدس، مائده، آقایی، اصغر. (۱۳۹۰). اثر بخشی آموزش راهبردی برنامه ریزی عصبی- کلامی بر سازگاری زناشویی. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۲(۴)، ۴۰-۳۰.

بارمحمدیان، احمد، بنکداری هاشمی، نازنین،، عسگری، کریم. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش هوش هیجانی و مهارتهای زندگی بر سازگاری زناشویی زوج های جوان. فصلنامه دانش پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۲(۴۴)، ۱۲-۳

علی اکبر دهکردی، مهناز، محمدی، اعظم،، علی پور، احمد،، محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افزایش مولفه های سازگاری زناشویی در مبتلایان به واژینیسمون. مجله مشاوره کاربردی، ۳(۱۴)، ۶۲-۴۹.

نظری، علی محمد،، طاهری راد، محسن،، اسدی، مسعود. (۱۳۹۲). تاثیر برنامه غنی سازی ارتباط با سازگاری زناشویی زوج ها. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳(۴)، ۵۴۳-۵۲۷.

هنر پروران، نازنین. (۱۳۹۳). بررسی اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی. فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، ۱۹(۵)، ۱۵۰-۱۳۵.

شاکریان، عطا،، فاطمی، عادل،، فرهادیان، مختار. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ویژگیهای شخصیتی با رضایت مندی زناشویی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۶(۱)، ۹۹-۹۲.

روشن جلسی، رسول،، شعیری، محمدرضا،، عطری فرد، مهدیه،، نیکخواه، اکبر،، قایم مقامی، بهاره،، رحیمی راد، اکرم. (۱۳۸۵). بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی NEO. مجله علمی دانشور رفتار، ۱۳(۱۶)، ۲۷-۳۶.

احدی، بتول. (۱۳۸۶). رابطه شخصیت و رضایت زناشویی. نشریه روانشناسی معاصر، ۲(۲)، ۳۷-۳۱.



دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد زرقان



صداقتی فر، مجتبی، مهدی پور بازکیانی، مونا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین با سازگاری در خانه .  
فصلنامه روان شناسی تحلیلی - شناختی، ۶(۲۲)، ۳۱-۲۱.

نظری، علی محمد، طاهری راد، محسن، اسدی، مسعود. (۱۳۹۲). تاثیر برنامه غنی سازی ارتباط با سازگاری زناشویی زوج ها فصلنامه  
مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳(۴)، ۵۴۳-۵۲۷.

برنشتاین، فلیپ، وبرنشتاین، مارس، (۱۳۸۳). زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری - ارتباطی . (ترجمه حمیدرضا سهرابی). تهران: انتشارات  
موسسه خدمات فرهنگی رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۴).

مرشدی، مهدی، داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، محمودی، محمد جلال، شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و  
تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها. فصلنامه پژوهش پرستاری، ۱۰(۴)، ۸۷-۷۶.

سجادی، سجاده، قادری ثانوی، رمضانعلی، فرهودیان، علی، محقق، سیدحسن، رضا سلطانی، پوریا، آزادچهره، محمدجواد. (۱۳۹۴). بررسی  
اثربخشی آموزش و مهارت‌های زندگی بر رضایت زناشویی زوجین جوان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۵(۵۶)، ۱۴۹-۱۳۳.

لشنی، لیلیا. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با ذهن آگاهی بر رضایت مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات  
نخاعی. (پایان نامه کارشناسی ارشد) دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی دانشگاه آزاد واحد شهر قدس.

جعفری، الهه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی و تاب آوری همسران  
جانبازان شهرستان نجف آباد. (پایان نامه کارشناسی ارشد) دانشگاه آزاد واحد نجف آباد.

کاووسیان، جواد، حریفی، حسین، کریمی، کامبیز. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زوجها. نشریه  
سلامت و مراقبت، ۱۸(۴)، ۸۷-۷۶.

Spanier, G. (1976). Measuring a dyadic adjustment: New scales for assessing the quality marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, (1)۳۸, 15 – 26.

Grief, A.P. (2000). Characteristic of families function well. *Journal of Family Issues*, (1)21, 948 – 963.

Bali, A., Dhingra, R., Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal social Science*, (1)24, 73 – 76.

Peterson Post, K.M., Rhoades, G.K., Stanley, S.M. (2014). Perceived criticism and marital adjustment predict depressive symptoms in a community sample. *Behaviour therapy*, (45), 564 – 575.

PatriK, S., Sells, J. N., Giordano, F.G., Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, differentiation and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The Family Journal*, (۲)15, 359-367.

Holland, A. S., Roisman, G. L. (2009). Big five personality traits and relationship quality: self-reported/ observational and physiological evidence. *J soc pers relationship*, (5)25, 211-260.



- Cooper, M. L. (2010). Toward a person x situation model of sexual risk – taking behaviors: illuminating the conditional effects of traits across sexual situations and relationship context. *J Pers Soc Psycho*, (2)98,319-341.
- Caughlin, J., Huston, T. I., Houts, R. N. (2000). How does personality matter in marriage: An examination of trait anxiety/interpersonal negativity and marital satisfaction. *J Pers Soc Psycho*, (2)78,326-360.
- Barelids, D. P., Dijkstra, P. (2011). Positive illusions about a partner personality and relationship quality. *J Respers*, (1)45,37-47.
- Humbad, N.M., Donnellan, B. M., Iacono, G. W. (2010). Is spousal similarity a matter of convergence or selection? *Pers Individiff*, (1)49, 30 – 827.
- Philippe. L. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily- diary psychology, *Journal of family psychology*, (2)19,314-323.
- Hofmann, S.G., Asmundson, G. J., Beck, A.T. (2013). *The science of cognitive therapy behavior therapy*, (2)44,199-212.
- Levin, M.E., Hildebrandt, M. G., Lillis, G., Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A Meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*. (4)43, 56-741.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. D., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*: Guilford press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. D., Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: behavior change*: Guilford press.
- Segal, Z.B., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: Guilford press.