

## The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction in Couples

Kavousian\*<sup>1</sup>, Harifi H<sup>2</sup>, Karimi k<sup>1</sup>

1. Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

2. Department of Educational Psychology, Islamic Azad University Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: 09123585313, E-mail: j\_kavousian@yahoo.com

Received: Jun 12, 2016 Accepted: Dec 18, 2016

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Marriage is the start point in the family formation and it has been approved as the highest social practice to achieve emotional and security needs for adults. Although satisfactory marriage is an important factor in mental health but poor and unsatisfactory marriages can lead to unhappy couples which has negative and irreversible effects on both wives and husbands. The aim of this study was to evaluate the efficacy of the treatment based on Acceptance and Commitment (ACT) on marital satisfaction among couples who were married.

**Methods:** A quasi-experimental pretest-posttest study design was used to conduct this study. The population consisted of all students of Islamic Azad University of Bandar Abbas who were married, during 2015 and 2016. Based on acceptance and commitment therapy protocol a 12-session intervention was conducted over a period of 3 months. Enrich marital satisfaction assessment questionnaire was used to collect data. The subjects responded to questionnaires before intervention and 1 month after intervention. Descriptive statistics and ANOVA using were used for data analysis in SPSS V.20.

**Results:** The results of the analysis showed that the average post-test scores of between two groups in the components of marital satisfaction including sexual satisfaction (experimental, 24.45; control, 19.83), communications (experimental, 22.10; control, 19.81), solving conflict (experimental, 20.35; control, 17.15) and idealistic distortion (experimental, 16.65; control, 14.55) which the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the positive effect of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction of the couples, this method is recommended to be used alongside other interventions for improving marital satisfaction of couples.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Marital Satisfaction, Conflict Resolution, Communication, Ideal Distortion.

## اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوجها

جواد کاوسیان\*<sup>۱</sup>، حسنیه حریمی<sup>۲</sup>، کامبیز کریمی<sup>۱</sup>

۱. گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۳۵۸۵۳۱۳ ایمیل: j\_kavousian@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** ازدواج مقدمه تشکیل خانواده است، چنانچه ازدواج و زندگی خانوادگی شرایط نامناسب و ناراضی زوجین را برای ارضاء نیازهای روانی یکدیگر ایجاد کند، اثرات منفی و گاهی جبران ناپذیر به جا می‌گذارد. لذا هدف از پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی در میان زوج‌های متأهل انجام شده است.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی بندرعباس در سال ۹۴-۹۳ بود. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت مداخله ۱۲ جلسه‌ای در مدت ۳ ماه اجرا گردید. تعداد ۱۵۰ نفر از دانشجویان انتخاب و پس از برگزاری پیش‌آزمون، تعداد ۴۰ نفر از آنان که کمترین نمرات را از ابزار سنجش این پژوهش، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها یک ماه پس از درمان نیز به پرسشنامه پاسخ دادند. با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 داده‌ها با آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نمرات میانگین پس‌آزمون دو گروه در زیر مولفه‌های رضایت زناشویی (آزمایش، ۲۴/۴۵، کنترل، ۱۹/۸۳)، ارتباطات (آزمایش، ۲۲/۱۰، کنترل، ۱۹/۸۱)، حل تعارض (آزمایش، ۲۰/۳۵، کنترل، ۱۷/۱۵) و تحریف آرمانی (آزمایش، ۱۶/۶۵، کنترل، ۱۴/۵۵) تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند میزان رضایت زناشویی را در میان زوج‌ها افزایش دهد، بنابراین می‌توان از این روش درمانی در کنار سایر مداخلات استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، حل تعارض، ارتباطات، تحریف آرمانی

دریافت: ۹۵/۳/۲۳ پذیرش: ۹۵/۹/۲۸

### مقدمه

ازدواج مقدمه تشکیل خانواده است و به عنوان عالی‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی و امنیتی افراد بزرگسال، همواره مورد تأیید بوده است. علی‌رغم این‌که ازدواج رضایت‌بخش یکی از عوامل مهم بهداشت روانی جامعه محسوب می‌شود ولی چنانچه ازدواج و زندگی خانوادگی شرایط نامناسب و ناراضی زوجین را برای ارضاء نیازهای روانی یکدیگر ایجاد کند اثرات منفی و گاهی

جبران ناپذیر به جا می‌گذارد (۱). پایه و اساس خانواده با ازدواج شکل می‌گیرد، اما مهم‌تر از ازدواج، سازگاری و رضایت زناشویی است (۲). در سال‌های اخیر کمک به زوج‌ها برای بهبود روابط زناشویی خود با استفاده از روش‌های مختلف درمان مورد توجه قرار گرفته است. لازمه کمک به زوج‌ها برای حل مشکلات زناشویی شناخت عوامل و علل مؤثر بر ناراضی و رضایت زناشویی<sup>۱</sup> است. رضایت با

<sup>۱</sup> Marital Satisfaction

نارضایتی زناشویی تحت تاثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد (۳). این گونه به نظر می‌رسد که رضایت زناشویی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی رابطه داشته باشد، درحالی‌که مشخص شده است نارضایتی از ازدواج منجر به تنش و اضطراب و در نهایت انحلال واحد خانواده می‌شود (۴). بر اساس تعریف، رضایت زناشویی حالتی است که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن احساس شادمانی و رضایت دارند (۵). رضایت زناشویی به‌عنوان وضعیتی که زن و شوهر پاسخگوی نیازهای یکدیگر هستند و درک و پشتیبانی و تایید شریک زندگی تعریف شده است (۶). به‌نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی برای افزایش رضایت زناشویی باید دربرگیرنده عوامل مؤثر بر آن باشد و به افزایش رضایت در هر کدام از این ابعاد بپردازد. به‌منظور افزایش رضایت زناشویی رویکردهای درمانی گوناگونی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> اشاره کرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است که اثر بخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. اصطلاح موج سوم یا نسل سوم را در اشاره به درمان‌های شناختی - رفتاری ابداع شد. دو نوع اصلی آن شامل درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۷) و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸) می‌باشد که در سال‌های اخیر پدید آمده‌اند. درحالی‌که در هر دو نوع درمان ریشه‌های شناختی و رفتاری دیده می‌شود اما فرضیه اصلی و هدف این نوع درمان‌ها، تغییر شناخت و کمک به احساس بهتر بودن است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مخالفت با فرضیه «بهنجار بودن سالم» روانشناسی غرب، این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی هستند. کاهش

علامت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیست، چنین موضعی بر این باور استوار است که تلاش مداوم برای خلاص شدن از شر علائم خود می‌تواند اختلال بالینی ایجاد کند (۹). اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدی و نیز گاهی به‌طور کامل به وسیله تغییرات در فرآیندهای روانی واسطه حاصل می‌شود (۱۰) و اخیراً فراتحلیل مولفه‌های این نوع درمان، اثر بخشی متوسط تا خیلی زیاد آن را در مشکلات روانی و مشکلات خانواده تایید کرده است (۱۱). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه‌های عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مشکلات می‌باشد. که در نهایت منجر به افزایش بهزیستی و کمک به عملکرد بهتر در زندگی افراد می‌شود (۱۲-۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (به معنی اقدام) مخفف جالبی است چون این درمان درباره انجام اقدام مؤثری است که به‌وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های افراد هدایت می‌شود آن هم درحالی‌که افراد کاملاً آماده و متعهد هستند. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که می‌توان یک زندگی پر معنا ساخت. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش را آغاز کرد با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه‌رو خواهید شد (افکار، تصورات، احساسات، حس‌های بدنی، تکان‌ها و خاطرات). علل استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر ارزیابی و توسعه یک طرح درمانی است. در این درمان بر ارزیابی عملکرد رفتاری مراجع تاکید می‌شود نه علت‌یابی. درمان مبتنی بر پذیرش یک نوع رفتار درمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های ارزنده است (۹). از این منظر، توسعه و نگهداری پریشانی، تعارض و فاصله عاطفی در زوج‌ها، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده هر یک از آنها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است (۱۵). از این رو اگرچه

<sup>۱</sup> Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی موثر می‌باشد (۲۲).

علی‌رغم انجام پژوهش‌های مختلف در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی زوج‌ها، پژوهش خاصی که به بررسی اثربخشی این درمان بر رضایت زناشویی زوج‌های دانشجویان با سابقه کمتر از پنج سال ازدواج که هنوز در مراحل اولیه شناخت ویژگی‌های شخصیتی یکدیگر هستند، صورت نگرفته است و بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته مرتبط با زوج‌های دارای شرایط خاص نظیر ناباروری، یا همسران دارای شرایط ویژه می‌باشد، لذا پژوهش حاضر در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در زوج‌های جوان با شرایط عادی، و سابقه‌ی کمتر از پنج سال ازدواج می‌باشد، که براین اساس به دنبال بررسی موارد زیر می‌باشد. ۱- روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زوجین تاثیر دارد. ۲- روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش ارتباطات زوجین تاثیر دارد. ۳- روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش حل تعارض زوجین تاثیر دارد. ۴- روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش افکار آرمانی زوجین تاثیر دارد.

### روش کار

پژوهش حاضر کاربردی و از جمله طرح‌های نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد اسلامی بندرعباس در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بود. تعداد ۱۵۰ نفر از دانشجویان به صورت در دسترس بر اساس سابقه ازدواج (کمتر از ۵ سال)، مقطع تحصیلی (کارشناسی و کارشناسی ارشد)، سن (کمتر از ۳۵ سال)، عدم سابقه اختلالات روانی، اعتیاد به مواد مخدر و الکل انتخاب شدند. با توجه به اینکه تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفره برای هر گروه استفاده می‌کنند (۲۳)، پس از

تحقیقات زیادی در زمینه‌های مرتبط به موضوع توسط محققان داخلی و خارجی از جمله (سجادی نیا و همکاران، هودفورد<sup>۱</sup> و همکاران، چانگ<sup>۲</sup>، لیو<sup>۳</sup> و همکاران) انجام شده است (۱۸-۱۵)، اما در رابطه با جایگاه این مطالعه در مجموعه مطالعات قبلی باید گفت که این مطالعه با توجه به جامعه مورد هدف، پکیج مداخله و ابزار اندازه‌گیری، منحصر به فرد می‌باشد و دستاوردهای این پژوهش می‌تواند مورد استفاده کارشناسان و محققان قرار گیرد.

مرشدی و همکاران در پژوهشی با عنوان کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زن‌ها، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی زناشویی به‌طور مستقیم و افزایش رضایت زناشویی به‌طور غیر مستقیم موثر خواهد بود (۱۹). جعفری در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، افزایش رضایت زناشویی و تاب‌آوری همسران جانبازان 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 (۲۰).

علمداری در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور، نشان داد که درمان تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی موثر است ( $p < 0/001$ ) است (۲۱).

لشنی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با ذهن آگاهی بر رضایت‌مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی نشان دادند که درمان مبتنی بر

<sup>1</sup> Hodford

<sup>2</sup> Chung

<sup>3</sup> Liu

برگزاری پیش‌آزمون، تعداد ۴۰ نفر از افرادی که کمترین نمرات را از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۲۰ نفر) آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به آزمودنی‌ها توضیحاتی در مورد طرح پژوهش داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج محرمانه باقی می‌ماند. درمانگر قبل از انجام پژوهش، دوره آموزشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را گذرانده بود. مداخله درمان تعهد و پذیرش در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و در ۱۲ هفته توسط پژوهشگر انجام پذیرفت و هر زوج به صورت انفرادی (جدا از دیگر زوج‌ها)، در مرکز مشاوره دانشگاه، در جلسه درمان حضور یافتند. همچنین پیگیری یک ماهه بر روی گروه مداخله صورت پذیرفت. که به محتوای آن‌ها در انتهای همین بخش اشاره گردیده است. درحالی‌که گروه گواه چنین مداخله‌ای را دریافت نکرد. از زوج‌های شرکت کننده در پژوهش قبل از شروع کار، رضایت نامه کتبی مبتنی بر حضور اختیاری و با میل و اراده شخصی در جلسه درمان گرفته شد. پرسشنامه توسط پژوهشگر ضمن تشریح نحوه تکمیل در بین دو گروه یک جلسه قبل از شروع مداخلات یعنی مرحله پیش‌آزمون توزیع شد و پس از انجام مداخلات نیز دوباره از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. تحلیل داده‌ها با روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس با استفاده از SPSS-20 صورت گرفت. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده سطح  $p < 0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد و پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس رعایت شد.

#### پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ<sup>۱</sup>

به‌منظور بررسی میزان رضایت زناشویی افراد قبل و بعد از انجام مداخله، از پرسشنامه رضایت زناشویی

انریچ استفاده شد که اولین بار توسط السون<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۹ تدوین شد (۲۳) و در سال ۲۰۰۶ توسط السون مورد تجدیدنظر قرار گرفت. مقیاس تجدید نظر شده این پرسشنامه دارای ۳۵ سوال و چهار خرده مقیاس شامل رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی می‌باشد. ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب از این قرار است: ۰.۸۱، ۰.۸۶، ۰.۸۴، ۰.۸۳ درصد و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده مقیاس به ترتیب ۰.۸۶، ۰.۸۱، ۰.۹۰، ۰.۹۲ درصد بوده است و ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهشی با تعداد ۳۶۵ زوج به ترتیب برابر با ۰.۶۸، ۰.۷۸، ۰.۶۲ و ۰.۷۷ درصد به دست آمد. این پرسشنامه دارای ۴ نمره مجزا است که برای مجموع ماده‌های هر مقیاس یک نمره کل محاسبه می‌شود. نمره‌های خام به درصد تبدیل می‌شود. پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای (که در اصل یک نگرش‌سنج از نوع لیکرت است) می‌باشد. این پرسشنامه برای هر یک از ماده‌ها پنج گزینه، «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نه موافق و نه مخالف»، «مخالفم» و «کاملاً مخالفم» می‌باشد که برای آن‌ها نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. سوالات ۳-۵-۶-۷-۱۰-۱۳-۱۴-۱۸-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۲-۳۳-۳۴ به صورت معکوس نمره داده می‌شوند. به عبارت دیگر در این سوالات به عبارت کاملاً موافقم نمره ۱ و به عبارت کاملاً مخالفم نمره ۵ تعلق می‌گیرد (۲۴).

رضایت زناشویی: سوال‌های ۱-۵-۹-۱۳-۱۷-۲۱-۲۴-۲۷-۳۰-۳۵؛

ارتباطات: سوال‌های ۲-۶-۱۰-۱۴-۱۸-۲۲-۲۵-۲۸-۳۱-۳۴؛

حل تعارض: سوال‌های ۳-۷-۱۱-۱۵-۱۹-۲۳-۲۶-۲۹-۳۳-۳۲؛

تحریف آرمانی: سوال‌های ۴-۸-۱۲-۱۶-۲۰؛

<sup>2</sup> Olson

<sup>1</sup> ENRICH Marital Satisfaction Scale

طرح درمان ۱۲ جلسه ای برای درمان پیوسته زوجها که بر اساس کتابچه راهنمای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ایفرت<sup>۱</sup> توسط پترسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۵) بسط و توسعه داده شده است. که توسط اساتید متخصص دانشگاهی در این حوزه مورد بررسی و تایید قرار گرفت.

## خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	استراتژی	مداخلات
جلسه اول: ارزیابی و جهت گیری درمان	گرفتن جزئیات از زوجها معرفی اهداف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه دوم: ارزیابی های فردی	مصاحبه فردی	جلسه طرح ریزی زوجی یکپارچه سازی ارزیابی فردی و زوجی
جلسه سوم: ارزیابی هزینه های ناامیدی خلاق	بررسی هزینه های تعارض و اجتناب زوجها توسعه ناامیدی خلاق	استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین تلاش های رابطه ای بی اثر
جلسه چهارم: تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس	تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه پنجم: هم جوشی شناختی	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای زوجها	تمرین راننده اتوبوس افکار روی برگه تمرین
جلسه ششم: مشاهده افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر	افکار روی برگه تمرین تمرین پذیرش واکنش های رابطه
جلسه هفتم: انتخاب جهت ارزش ها	کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش های رابطه و زندگی.	تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می خواهم تمرین نوشتن روی سنگ قبر
جلسه هشتم: شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود	بازبینی کاربرد ارزش ها بحث در مورد موانع ارزش های زندگی و کمک به مراجعان تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند.	کاربرگ عمل متعهد بازبینی تمرین راننده اتوبوس
جلسه نهم: ایجاد الگوهای انعطاف پذیر رفتار در رابطه	معرفی تمایل	کاربرگ عمل متعهد
جلسه دهم: خود به عنوان زمینه در این رابطه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن زوجها در خود به عنوان زمینه رابطه	کاربرگ اقدام متعهد استعاره صفحه شطرنج
جلسه یازدهم: پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد	کاربرگ اقدام متعهد
جلسه دوازدهم: کار در جهت پایان	بازبینی ارزش های رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	گرفتن کاربرد اقدام متعهد CD تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه

## یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کننده های گروه آزمایش ۳۲/۲ و ۴/۱۰ با حداکثر و حداقل ۳۵ و ۲۵ سال سن و میانگین و انحراف معیار طول مدت ازدواج ۳/۱۱ و ۴/۲ سال و میانگین و انحراف معیار گروه کنترل ۳۳/۱ و ۳/۱۸ با حداکثر سن ۲۲ و ۳۵ سال سن و میانگین و انحراف معیار طول

مدت ازدواج این گروه ۳/۲ و ۵/۲۲ به دست آمده است.

<sup>1</sup> Eifert

<sup>2</sup> Peterson

همچنین تعداد ۴۰ نفر (۲۶٪) از شرکت کنندگان اولیه قبل از اجرای پیش آزمون، در مقطع کارشناسی ارشد و تعداد ۱۱۰ نفر (۷۴٪) در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند و در نهایت بعد از اجرای

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار زیرمولفه‌های رضایت زناشویی در گروه‌های کنترل و آزمایش و در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

پیش‌آزمون تعداد ۱۰ نفر (۲۵٪) از شرکت‌کنندگان این مطالعه کارشناسی ارشد و ۳۰ نفر (۷۵٪) نیز از دانشجویان کارشناسی انتخاب شدند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار زیر مولفه‌های رضایت زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

زیر مولفه	مرحله	شاخص آماری گروه		میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	تعداد
		آزمایش	کنترل					
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۲۲/۲۵	۲۲/۸۹	۲۲/۲۵	۴/۸۹	۱۱	۳۰	۲۰
	پس‌آزمون	۲۴/۴۵	۱۹/۸۳	۲۴/۴۵	۴/۲۶	۱۳	۳۳	۲۰
ارتباطات	پیش‌آزمون	۱۶/۵۵	۱۵/۱۵	۱۶/۵۵	۴/۷۷	۷	۲۶	۲۰
	پس‌آزمون	۲۲/۱۰	۱۹/۸۱	۲۲/۱۰	۳/۱۱	۸	۲۷	۲۰
حل تعارض	پیش‌آزمون	۱۵/۵۵	۱۵/۸۹	۱۵/۵۵	۲/۷۸	۶	۲۰	۲۰
	پس‌آزمون	۲۰/۳۵	۱۷/۱۵	۲۰/۳۵	۲/۸۸	۸	۲۳	۲۰
تحریف آرمانی	پیش‌آزمون	۱۵/۹۰	۱۵/۳۱	۱۵/۹۰	۲/۱۴	۹	۲۲	۲۰
	پس‌آزمون	۱۶/۶۵	۱۴/۵۵	۱۶/۶۵	۱/۹۸	۸	۲۲	۲۰
								۲۰

نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد اما بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معنادار مشاهده می‌شود که نشان می‌دهد پکیج درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش نمرات مولفه‌های رضایت زناشویی موثر بوده است. به‌منظور استفاده از روش تحلیل کواریانس برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش ابتدا پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کواریانس شامل آزمون همگنی واریانس و نیز بررسی نرمال بودن برای متغیرهای پژوهش انجام شد که نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است در مرحله پیش‌آزمون میانگین زیر مولفه‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی هر یک از گروه‌های آزمایش به ترتیب ۲۲/۲۵، ۱۶/۵۵، ۱۵/۵۵ و ۱۵/۹۰ و میانگین گروه کنترل به ترتیب ۲۲/۸۹، ۱۵/۱۵، ۱۵/۸۹ و ۱۵/۳۱ می‌باشد. همچنین در مرحله پس‌آزمون میانگین زیر مولفه‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی در هر یک از گروه‌های آزمایش به ترتیب ۲۴/۴۵، ۲۲/۱۰، ۲۰/۳۵ و ۱۶/۶۵ و میانگین گروه کنترل به ترتیب ۱۹/۸۳، ۱۹/۸۱، ۱۷/۱۵ و ۱۴/۵۵ می‌باشد. همانطور که داده‌ها نشان می‌دهند، بین میانگین

جدول ۲. بررسی پیش‌فرض‌های کواریانس برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	آزمون همگنی واریانس	بررسی نرمال بودن داده‌ها
---------	---------------------	--------------------------

سطح معناداری	مقدار آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	مقدار F	درجه آزادی	
۰/۶۳۷	۰/۷۴۴	۱	۰/۲۷۰	۱/۲۵	۱	رضایت زناشویی
۰/۸۰۷	۰/۶۴۰	۱	۰/۰۶۲	۳/۶۹	۱	ارتباطات
۰/۶۶۶	۰/۷۲۷	۱	۰/۳۶۵	۰/۸۴۱	۱	حل تعارض
۰/۳۶۰	۰/۴۱۸	۱	۰/۲۵۷	۰/۶۵۷	۱	تحریف آرمانی

که نتایج تجزیه و تحلیل هر یک از آنها به ترتیب آورده شده است.

**هدف اول** عبارت است از این که روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایت زناشویی زوجین تاثیر دارد.

جدول ۳ تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی می‌باشد.

جدول ۳. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	متغیر
۰/۹۳۳	۰/۰۰۷	۰/۱۱۸	۱	۰/۱۱۸	نمره پیش‌آزمون
۰/۰۰۰۱	۱۴/۹۶۸	۲۴۴/۰۴۴	۱	۲۴۴/۰۴۴	گروه
		۱۶/۳۰۵	۳۴	۵۵۴/۳۶۲	خطا

**هدف دوم** بیان می‌کند که روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش ارتباطات زوجین تاثیر دارد. جدول ۴ تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر ارتباطات می‌باشد.

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در تمام متغیرها برقرار بوده و همچنین از نرمال بودن داده‌ها پشتیبانی می‌کند. بنابراین با توجه به نتایج پیش‌فرض‌های انجام شده، اینک می‌توان آزمون تحلیل کواریانس را برای متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار داد. در پژوهش حاضر به بررسی چهار هدف پرداخته شده

با توجه به نتایج جدول ۳ مشخص می‌شود که مقدار F در گروه  $[F(1,34)=14/968, p<0/0001]$  معنادار شده است. به عبارتی روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایت زناشویی زوجین تاثیر معناداری دارد.

جدول ۴. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر ارتباطات

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	متغیر
۰/۷۵۹	۰/۰۹۵	۱/۰۶۵	۱	۱/۰۶۵	نمره پیش‌آزمون
۰/۰۴۲	۴/۴۴۳	۴۹/۶۶۵	۱	۴۹/۶۶۵	گروه
		۱۱/۱۷۸	۳۵	۳۹۱/۲۳۵	خطا

**هدف سوم** تاثیر روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش حل تعارض زوجین را بررسی می‌کند.

جدول ۵ تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر حل تعارض می‌باشد.

با توجه به نتایج جدول ۴ مشخص می‌شود که مقدار F در گروه  $[F(1,35)=4/443, p<0/042]$  معنادار شده است. به عبارتی روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش ارتباطات زوجین تاثیر معناداری دارد.



جدول ۵. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر حل تعارض

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش‌آزمون	۰/۷۸۹	۱	۰/۷۸۹	۰/۱۱۳	۰/۷۳۹
گروه	۱۱۰/۰۸۵	۱	۱۱۰/۰۸۵	۱۵/۷۴۱	۰/۰۰۰۱
خطا	۲۵۱/۷۶۱	۳۶	۶/۹۹۳		

با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص می‌شود که مقدار F در گروه  $[F(1,36)=15/741, p<0/0001]$  معنادار شده است. به عبارتی روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش حل تعارض زوجین تاثیر معناداری دارد.

فرضیه چهارم نیز تاثیر روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش افکار آرمانی زوجین را بررسی می‌کند.

جدول ۶ تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر افکار آرمانی می‌باشد.

جدول ۶. تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر افکار آرمانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نمره پیش‌آزمون	۰/۲۳۳	۱	۰/۲۳۳	۰/۰۶۲	۰/۸۰۵
گروه	۳۷/۸۱۹	۱	۳۷/۸۱۹	۱۰/۰۵۹	۰/۰۰۳
خطا	۱۳۵/۳۴۹	۳۶	۳/۷۶۰		

با توجه به نتایج جدول ۶ مشخص می‌شود که مقدار F در گروه  $[F(1,36)=10/059, p<0/003]$  معنادار شده است. به عبارتی روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش افکار آرمانی زوجین تاثیر معناداری دارد.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی بود. همانطور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زوج‌ها موثر است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات (۱۹-۲۲) همخوانی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب

درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه، بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد. چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند، انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد. چندین مداخله می‌تواند برای تحقق این هدف استفاده شود (۲۶). آموزش روانی-اجتماعی به مراجعین کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به‌خصوص عملکرد هیجانات) و نقش را که روابط نامناسب با تجارب درونی می‌تواند در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگی‌شان داشته باشد،

بفهمند. پایش خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی‌اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (۲۷). در نهایت رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر افزایش عمل ارزشمند تاکید می‌کند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. این درمان‌ها ارزش بیش از آن که نوعی قضاوت اخلاقی باشد اهمیت شخصی یک عمل خاص رای فرد را نشان می‌دهد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل، مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد. هدف درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است، اما وی از آن اجتناب می‌کند. مولفه مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظات که بر اساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌ها است. همه روش‌هایی که دو هدف اول را تحقق می‌بخشند، رسیدن به این هدف را نیز عملی می‌کند (۲۸).

در بعد افزایش رضایت زناشویی، درمان پذیرش و تعهد به‌طور معناداری اثربخش بوده است. در خصوص تبیین این نتیجه می‌توان اظهار داشت از آنجا که درمان ACT عمل عشق را از احساس عشق متمایز می‌داند و اعتقاد هست که عشق عمل است نه احساس، می‌توان عنوان کرد که شرکت‌کنندگان به کمک این تفکیک تمرین‌های گسلش و پذیرش را انجام داده و ناخوشایندی‌های موجود در دیگر حوزه‌ها را وارد حوزه زناشویی نکرده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش موسوی و همکاران همسو می‌باشد (۲۴).

در بعد ارتباط زوجین، نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد اثربخش بوده است. در این راستا

قابل ذکر است که زوجین از طریق پذیرش و تمرین‌های گسلش یاد می‌گیرند، بدون قضاوت، تحقیر، اهانت و مقایسه کردن، همسر خود را آنگونه که هست بپذیرند، همچنین با آموزش معنای جدیدی از کنجاوی، روابط همسران شکل جدیدی به خود می‌گیرد. لذا درمان در این بخش موثر بوده است. ارزش‌ها برای طرفین ارزشمند و شخصی شده و با شیوه سازگارانه تری به حل تعارض‌ها می‌پردازند. لذا از این طریق اهمیت رابطه با همسر در زندگی را با دید بهتری بررسی می‌کنند. همچنین مزیت دیگر رویکرد پذیرش، آگاهی یافتن از آن چیزی است که از نظر شریک زندگی و روابط آنها مهم است. این باعث می‌شود که از رفتارهایی که منجر به واکنش ناخوشایند دیگری می‌شود آگاه شوند، و در نتیجه از مسیر ارزش‌ها دور نشده و رفتارهای مشکل‌زا را انتخاب نکنند. نتایج این یافته با نتایج مطالعات موسوی و همکاران (۲۰۱۴)، و پترسون و همکاران همسو می‌باشد (۲۹، ۳۰).

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

در نهایت نتایج پژوهش اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر افکار آرمانی زوجین نشان داد که با یافته‌های پترسون و همکاران و لشنی همسو است (۲۹، ۲۲). درمان پذیرش و تعهد با قابلیت‌ها و خصایص خود به زوجین کمک کرده تا عواطف،

محدود این رویکرد نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند در حوزه خانواده درمانی و زوج درمانی موثر باشد. پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سطح رضایت زناشویی را به طور کلی و در خرده مقیاس‌ها به طور خاص افزایش دهد. نمونه پژوهش محدود به جامعه خاص دانشگاهی بود و قابل تعمیم به دیگر جوامع نیست. در کل با توجه به نتایج پژوهش و موثر واقع بودن درمان بر حل تعارض، درمانگران و مشاوران خانواده می‌توانند برای حل تعارض زوجها از این درمان استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود تاثیرات این پژوهش بر روی دیگر جوامع نظیر دانشجویان، معتردان، دختران فراری و زنان مطلقه نیز انجام شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی است که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس انجام شد. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه و تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌نمایند.

احساس‌ها، تجارب و افکار را به شیوه‌های جدید و متفاوت از قبل تجربه کنند، به طوری که کشمکش واکنش‌های افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهند. با یادگیری مهار این افکار، پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که به طور مداوم ارتباط و صمیمیت عاطفی زوجها را هدف قرار می‌دهد تمرین می‌شود. همان‌طور که زوجها شروع به به‌کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر خواهند بود به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده می‌شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه دوطرفه، این فرصت را برای زوجها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری برقرار کنند (۲۹).

### نتیجه گیری

با وجود نوظهور بودن درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با درمان‌های دیگر، ادبیات

### References

- 1- Whisman MA, Sheldon C, Goering P. Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of abnormal psychology* 2000; 109(4): 803-8.
- 2- Ahmadi K, MarzAbadi A, Mollazamani A. Review the status of marriage and marital adjustment among Army personnel. *Review the status of marriage and marital adjustment among Army personnel* 2005; 7(2): 141-52 [Persian].
- 3- Ciarrochi J, Chan AY, Bajgar J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and individual differences* 2001; 31(7): 1105-19.
- 4- Shackelford TK, Besser A, Goetz AT. Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Individual Differences Research* 2008; 6(1): 13-25.
- 5- Sinha S, Mukerjee N. Marital adjustment and personal space orientation. *The journal of social Psychology* 1990; 130(5): 633-9.
- 6- Derrick JL, Houston RJ, Quigley BM, Testa M, Kubiak A, Levitt A, et al. (Dis) similarity in impulsivity and marital satisfaction: A comparison of volatility, compatibility, and incompatibility hypotheses. *Journal of research in personality* 2016; 61: 35-49.
- 7- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: Guilford Press; 2012.
- 8- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press; 2011.

- 9- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change: Guilford Press; 1999.
- 10- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy* 2013; 44(2): 180-98.
- 11- Levin ME, Hildebrandt MJ, Lillis J, Hayes SC. The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy* 2012; 43(4): 741-56.
- 12- Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical psychology review* 2008; 28(1): 1-16.
- 13- Arch JJ, Craske MG. Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice* 2008; 15(4): 263-79.
- 14- Hofmann SG, Asmundson GJ, Beck AT. The science of cognitive therapy. *Behavior therapy* 2013; 44(2): 199-212.
- 15- Sajadinia S, Ghaderi Sanavee R, Farhoudian A, Mohagheghi Kamal S, Rezasoltani P, Azadchehr M. To evaluate the effectiveness of life skills training on marital satisfaction young couples. *Social welfare* 2015; 56: 133-49.
- 16- Halford WK, Bodenmann G. Effects of relationship education on maintenance of couple relationship satisfaction. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(4): 512-25.
- 17- Chung M-S. Pathways between attachment and marital satisfaction: The mediating roles of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences* 2014; 70: 246-51.
- 18- Liu L, Wang M. Parenting stress and harsh discipline in China: The moderating roles of marital satisfaction and parent gender. *Child abuse & neglect* 2015; 43: 73-82.
- 19- Morshedi M, Davarniya R, Zaharakar K, Jalal Mohammadi M, Shakarami M. Performance based on acceptance and commitment therapy in reducing burnout married couples. *Journal of Nursing Research* 2015; 10(4): 76-87 [Persian].
- 20- Jafari E. Efficacy was based on acceptance and commitment therapy on decreasing depression, marital satisfaction and resiliency wives of veterans Najaf Abad city Master's thesis, not published: Islamic Azad University 2015. [Persian]
- 21- Alamdari E. Assessing the effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction and quality of life of infertile couples. Master's thesis, not published: University of Ardabil 2013. [Persian]
- 22- Lashani L, Farhoudian A, Azkhosh M, Dolatshahee B, Saadati H. Acceptance and Commitment Therapy in the Satisfaction of Veterans with Spinal Cord Injuries Spouses. *Iranian Rehabilitation Journal* 2013; 11(2): 56-60.
- 23- Fowers BJ, Olson DH. Enrich marital inventory: a discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy* 1989; 15(1): 65-79.
- 24- Asoodeh M. Factors successful marriage from the perspective of happy couples, family counseling. Master's thesis, not published: university of Tehran 2010. [Persian]
- 25- Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice* 2009; 16(4): 430-42.
- 26- Iverach L, Menzies RG, O'Brian S, Packman A, Onslow M. Anxiety and stuttering: Continuing to explore a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2011; 20(3): 221-32.
- 27- Roemer L, Lee J, Salters-Pedneault K, Erisman S, Orsillo S, Mennin D. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy* 2009; 40(2): 142-54.
- 28- Roemer L, Orsillo S, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2008; 76(6): 1083.

- 29- Peterson B, Eifert G, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice* 2009; 16(4): 430-42.
- 30- Moosavi M, Rashidi A, Golmahammadian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on increasing marital satisfaction of the veteran and freedman wives. *Biannual Journal of Applied Counseling* 2014; 5(2): 97-112. [Persian]