

## اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی سازگاری زوجین متعارض شهر کرمانشاه

فرشته عزیزی<sup>۱</sup>، مختار عارفی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

### چکیده

مسئله ازدواج و زناشویی یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین موضوعات مورد توجه جامعه بشری است و اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که افراد در بزرگسالی قبول می‌کنند. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تاثیر اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زوجین متعارض شهر کرمانشاه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین متعارض و مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر کرمانشاه در سال ۹۷-۹۸ می‌باشد. به منظور انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردید و با استفاده از روش پیمایشی و پرسشنامه‌های سازگاری اسپانیر، پرسشنامه کیفیت زندگی (پرسشنامه SF-۳۶) و مقیاس کنترل عواطف توسط ویلیامز، کمپل و آرنز (۱۹۹۷) به جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز پرداخته شد. یافته‌های حاصل از پژوهش معناداری مشاوره‌های گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر میزان کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زوجین متعارض مورد تایید قرار داده و معناداری آن را اثبات نموده است. یافته‌های حاصل از پژوهش می‌تواند بر باورهای ارتباطی زوجین، تحکیم و ارتقا روابط بین آنان مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** مشاوره گروهی، رویکرد درمان، کنترل عواطف، کیفیت زندگی، سازگاری زوجین

## مقدمه

خانواده و جامعه سالم، به روابط زناشویی موفق است. مشکلات زناشویی نه تنها پایه های خانواده را متزلزل می کند، بلکه مهم تر از آن رشد عاطفی، اجتماعی و سازگار بعدی زوجین را نیز دچار مشکل می سازد. بنابراین، رابطه زناشویی از عمیق ترین لذت های بشر و درعین حال یکی از بزرگ ترین سرچشمه های رنج است (گری<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

زمینه ها و تجارب هر فرد در زندگی است که پایه رفتارهای رمانتیک و عاشقانه را در زندگی طرح ریزی می کند و تعاملات کلامی افراد در دوران کودکی و اواخر دوران کودکی و بلوغ جنسی، روابط زوجی آن ها را در آینده تحت تاثیر قرار می دهد. (دال و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود (براون و رایان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). کیفیت زناشویی<sup>۴</sup> مفهومی چند بعدی و شامل ابعاد گوناگون روابط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادی، انسجام و تعهد است. ابراز رضایت بالا از رابطه، داشتن نگرش های مثبت به همسر و سطوح پایین خصومت و رفتارهای منفی، نشان دهنده کیفیت زناشویی مطلوب می باشد (خجسته و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). کیفیت زناشویی بک پیش بینی کننده مهم تداوم زناشویی است (لويس و اسپنیر<sup>۶</sup>، ۱۹۷۹). سلامت ذهنی؛ احساس بهزیستی، سعدمند و شادمانی با رضایتمندی زوجی مترادف می باشد (فریسچ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). با توجه به این موضوع، کیفیت زناشویی معادل رضایتمندی از زندگی زناشویی تعریف می شود (شاهی و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱).

یکی از روش های درمانی اخیر نیز درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۹</sup> می باشد که نام خود را از پیام اصلی اش می گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصی تو هست را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می سازد متعهد باش. تاکید این درمان (رفتار درمانی موج سوم) بر خلاف موج اول و دوم رفتار درمانی، بر تغییر درجه اول نیست، بلکه ان نوع رفتار درمانی بر تغییر درجه دوم<sup>۱۰</sup> تاکید دارد؛ یعنی به جار تغییر در رفتار به دنبال تغییر در ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه های بافتی<sup>۱۱</sup> از جمله ارتباط درمانی می باشد. تمرکز بر تغییر گسترده تر شده است و تاکید بر تغییر رفتارهای قابل مشاهده بیرونی و رفتارای درونی مانند فکر نیست (ایزدی و عبدی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مهارت های ذهن آگاهی، پریذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی تاکید می کند (هیز و لیز، ۲۰۱۲). از دیدگاه روش ACT، شکل گیری رفتارهای مختلف در انسان متأثر از شرایط زندگی (دوره اولیه کودکی، اواسط و اواخر کودکی و اوایل سن بلوغ) است. به بیان دیگر، زمینه ها و تجارب هر فرد در زندگی است که پایه رفتارهای رمانتیک و عاشقانه را در زندگی طرح ریزی می کند و تعاملات کلامی افراد در دوران کودکی و اواخر دوران کودکی و بلوغ جنسی، روابط زوجی آن ها را در آینده تحت تاثیر قرار می دهد. بنابراین، طبق نظریه چهارچوب

<sup>1</sup> Gary J.

<sup>2</sup> Dahl J, Stewart I, Martell C, Kaplan JS

<sup>3</sup> Brown, K.W., & Ryan, R. M.

<sup>4</sup> Marital quality

<sup>5</sup> Khojasteh Mehr R, Kerachian M, Shirali Nia K.

<sup>6</sup> Lewis R, Spanier G.

<sup>7</sup> Frisch MB.

<sup>8</sup> Shahi A, Ghaffari I, Ghasemi K.

<sup>9</sup> ACT یا Acceptance and commitment therapy

<sup>10</sup> Second order change

<sup>11</sup> Content assumptions

<sup>12</sup> Izadi R, Abedi MR

ارتباطی<sup>۱۳</sup> زبان تعاملات کلامی در عین حال که تجربه عشق و صمیمیت را پر بار می‌کند، مشکلاتی را نیز به وجود می‌آورد که میتوان از طریق روش ACT در جهت حل مشکلات گام برداشت (دال و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴). فرآیند های مهم در شیوه ACT نیز شامل پذیرش<sup>۱۵</sup>، در زمان حال بودن<sup>۱۶</sup>، گسلش<sup>۱۷</sup>، خود به عنوان زمینه<sup>۱۸</sup>، ارزش ها<sup>۱۹</sup> و عمل متعهدانه<sup>۲۰</sup> می‌باشد (گریچ و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۷). فرآیند های مکمل پذیرش و گسلش، زوجیت را در پاسخ دهی به افکار و احساسات خود به نحو سالم تری از نظر روانی یاری می‌دهد. پذیرش به معنای پذیرفتن افکار و احساسات در لحظه، بدون تلاش به منظور کنترل آن ها و به صورتی که فقط تجربه شود. گسلش به این معنی است که فرد افکار را به صورت حقیقت باور می‌کند و به جای اجتناب، باید آن ها را تجربه کند. بنابراین، پذیرش و گسلش می‌تواند مانع از این شود که زوجین به نحوی پاسخ دهند که روابط زوجی را تضعیف کند.

مسئله ازدواج و زناشویی یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین موضوعات مورد توجه جامعه بشری است و اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که افراد در بزرگسالی قبول می‌کنند. به علاوه، انتخاب همسر و انعقاد پیمان زناشویی، هم نقطه عطفی در رشد و هم پیشرفت شخصی تلقی می‌شود. ازدواج، نیازمند همکاری، همدلی، وحدت، علاقه، مهربانی، بردباری و مسئولیت‌پذیری است. با شروع ازدواج و ایجاد رابطه زناشویی، رضایت زناشویی به متغیری مهم در رابطه با کیفیت ازدواج بدل می‌شود. آنچه در ازدواج و یگانگی زن و مرد مهم است سازگاری زناشویی و رضایت از ازدواج می‌باشد. مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده بهداشت روانی افراد متأهل، روابط با همسر است. همسر عنصر اصلی زندگی عاطفی و اجتماعی فرد است و نداشتن سازگاری زناشویی به توانایی زوجین برای برقراری روابط توأم با رضایت و خشنودی با فرزندان و همچنین سایر افراد خانواده آسیب می‌رساند. روابط مطلوب توأم با رضایت در درون خانواده به سازگاری مؤثر افراد در موقعیت گوناگون یاری می‌رساند و از طرف دیگر تعارضات زناشویی، زمینه آسیب روانی را فراهم می‌کند (گودرزی، ۱۳۹۴).

احساسات و عواطف جزء جدایی‌ناپذیر از زندگی انسان ها هستند و باعث رشد و پرورش ما در زندگی می‌شود، (رابینز<sup>۲۲</sup> به نقل از دهش، ۱۳۸۸)، افراد و از جمله نوجوانان باید بیاموزند که چگونه عواطف خود را در موقعیت های مختلف تشخیص دهند و آن را ابراز و کنترل نمایند. بنا بر این کنترل عواطف یعنی این که فرد بیاموزد که چگونه عواطف خود را در شرایط گوناگون تشخیص داده و آن را درست ابراز نماید (خدایاری فرد، ۱۳۸۸؛ نقل از طهماسبیان، ۱۳۹۱). چهار خرده مقیاس کنترل عواطف شامل خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت می‌باشد. اضطراب معمول ترین پاسخ به محرک تنش زا است منظور از اضطراب هیجانی است ناخوشایند که همه ی ما درجاتی از آن را در قالب کلمه هایی مثل نگران، تنش و ترس تجربه کرده ایم (اتکینسون<sup>۲۳</sup>، ۱۳۹۰). زوج درمانی با توجه به ماهیت تلفیقی خود و استفاده از مبانی و اصول اعتقادی نظریه های مختلف درمانی نسبت به زوج درمانی روایتی اثربخشی بیشتری بر افزایش سازگاری زناشویی و کاهش دلزدگی زناشویی زوجین متعارض دارد. (فتوحی و همکاران، ۱۳۹۷).

<sup>13</sup> Relational frame theory

<sup>14</sup> Dahl J, Stewart I, Martell C, Kaplan JS

<sup>15</sup> Acceptance

<sup>16</sup> Now و Here

<sup>17</sup> Defusion

<sup>18</sup> Self as a context

<sup>19</sup> Values

<sup>20</sup> Committed action

<sup>21</sup> Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL

<sup>22</sup> Robinse

<sup>23</sup> Atkinson

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه‌ای متناسب با ارزش‌های خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن شهروندان آتی خویش را بپروراند. به همین خاطر است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییر در آن حاصل نخواهد شد مگر از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها و بدکاری‌های آن. خانواده با کارکرد سالم، به سالم‌سازی فضای جامعه یاری می‌رساند و زمینه رشد و شکوفایی اعضای خود را فراهم می‌کند. خانواده بستر رشد و رفاه جسمی و روانی اجتماعی کودک و عامل تحقق تعادل فیزیکی، روانی و اجتماعی انسان‌ها است (یوسفی نجف آبادی، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی در واقع مفهومی فراتر از سلامت جسمانی بوده و از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری آن در تحقیقات مختلف سلامتی به عنوان یکی از پیامدهای مهم به صورت مستقل لازم و ضروری است (نجات و همکاران، ۲۰۰۷). یکی از متغیرهای موثر بر رضایت در زندگی، سبک‌های مقابله‌ای است که زوجین برای رویارویی با فشارهای روانی محیط زندگی خود به کار می‌گیرند. گزارش برخی محققان بر اهمیت استفاده از سبک‌های مقابله‌ای در کاهش مشکلات زناشویی این مسئله را در خور توجه نموده است. ناسازگاری‌ها و اختلاف‌های زناشویی چه به طلاق بی‌انجامید و چه به صورت فرمایشی کشمکش‌های طاقت‌فرسایی را به بار آورد؛ آثار روانی اجتماعی آن، هم برای زن و شوهر و هم برای فرزندان آن‌ها به صورت افسردگی، احساس پوچی، ناامیدی و از خودبیگانگی تجربه می‌شود، و ضربات مهلکی بر پیکر جامعه وارد می‌آورد. به همین جهت است که شناخت و درمان اختلاف‌های زناشویی برای هر جامعه‌ای با هر ایدئولوژی و مکتبی در درجه اول اهمیت قرار دارد (شاکری، ۱۳۹۳). بنابراین بدیهی است که کیفیت رابطه‌ی زناشویی به عنوان یکی از مهمترین و پایدارترین روابطی که افراد در طول زندگی خود تجربه می‌کنند، در سلامت روان آن‌ها نقشی اساسی داشته و یک ازدواج موفق می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی افراد را افزایش دهد (ویت، لیو و لوین<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۹). در ادبیات مربوط به رابطه‌ی زناشویی، مؤلفه‌ی سازگاری زناشویی همواره به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی یک رابطه‌ی زناشویی موفق به شمار می‌رود و برای افزایش آن بسیار تلاش می‌شود. فتوحی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست می‌یابند که زوج درمانی با توجه به ماهیت تلفیقی خود و استفاده از مبانی و اصول اعتقادی نظریه‌های مختلف درمانی نسبت به زوج درمانی روایتی اثربخشی بیشتری بر افزایش سازگاری زناشویی و کاهش دلزدگی زناشویی زوجین متعارض دارد. (فتوحی و همکاران، ۱۳۹۷). نامنی در پژوهش خود اذعان می‌دارد که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار موثر بوده و زنان ناسازگار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون به طور معناداری در مولفه‌های باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی بهبود پیدا کرده بودند (نامنی، ۱۳۹۵). مفهوم سازگاری زناشویی<sup>۲۵</sup> جایگاه برجسته‌ای را در مطالعه ارتباطات خانوادگی و زناشویی به خود اختصاص داده است. ویسمن<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۱)؛ به نقل از حیرت، فاتحی، زاده، احمدی، اعتمادی و بهرامی، ۱۳۹۳) سازگاری زناشویی را به میزان تفاهم و سهیم شدن در فعالیت‌ها، که با خرسندی و موفقیت در زندگی همراه باشد، تعریف می‌کند. سازگاری زناشویی عبارت از وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساسی ناشی از خوشبختی و رضایت از همدیگر را دارند و فرایندی است که در طول زندگی زن و شوهر به وجود می‌آید که لازمه آن انطباق سلیقه‌ها، شناخت صفات شخصیتی، ایجاد قواعد رفتاری و شکل‌گیری الگوهای مراوده‌ای است (شاکریان، محمدنظری، ابراهیمی، فاطمی و دانایی، ۱۳۹۱). سازگاری رضایتبخش فرد با موقعیتهای اجتماعی عمده زندگی به طور مستقیم با میزان ارضای همه نیازهای اساسی مرتبط است (داوودی، اعتمادی، بهرامی و شاه‌سیاه، ۱۳۹۱). امروزه زوج‌ها برای برقراری ارتباط و

<sup>24</sup> . Waite., Luo., & Lewin

<sup>25</sup> marital adjustment

<sup>26</sup> whisman

حفظ رابطه صمیمانه مشکلات شدید و فراگیری را تجربه میکنند و درواقع مشکل ناسازگاری زناشویی بیش از هر مقوله دیگر سبب ارجاع و دریافت خدمات روان درمانی، مشاوره و مددکاری اجتماعی است (چن، تاناکا، یوجی، هیرامورا و شیکای<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۷). افزایش روزافزون تعارض های زناشویی در دنیای معاصر و خطر بروز جدایی و اثر منفی آن بر سلامت روانی زوجین و فرزندان آنان، موجب شده است تا درمانگران نظریه ها و طرح هایی را برای کمک به زوجین دچار تعارض ارائه دهند. ازاینرو، برای اصلاح و بهبود الگوهای ارتباطی و به مراتب افزایش سازگاری و کاهش دلزدگی زناشویی زوجین اثربخشی رویکردهای درمانی متعددی موردبررسی قرار گرفته و هر رویکرد بر اساس تبیین های خاص خود روشهای درمانی و آموزشی متفاوتی را پیشنهاد داده است.

خانجانی وشکی و همکاران در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین به این نتیجه دست یافتند که تغییرات معنی داری در کیفیت زناشویی در مرحله پس آزمون ایجاد شده است و همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرینی<sup>۲۸</sup> حاکی از آن بود که بین میزان اثربخشی روش های به کار برده شده بر کیفیت زناشویی تفاوت معنی داری وجود نداشت (خانجانی وشکی و همکاران، ۱۳۹۵) کیفیت زندگی مفهوم گسترده ای است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می گیرد و چیزی بیش از سلامت جسمانی است و شامل احساس سلم بودن، سطح رضایت مندی و وجود حس کلی خودارزشمندی است، مفهوم انتزاعی و پیچیده شامل زمینه های گوناگونی که تمام آنها در رضایت شخصی و عزت نفس سهم دارند (بولینگ<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از مؤمنی و شهبازی راد، ۱۳۹۱). از آنجا که کیفیت ازدواج با احساس رضایت از زندگی در هر دو جنس رابطه مثبت دارد (شک<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۹؛ به نقل از کجباف، مقدس و آقایی، ۱۳۹۰) و بر اساس نظر دنیل و بلارد<sup>۳۱</sup> (۱۹۹۹)، یکی از متداول ترین ملاک ها برای تعیین و نشان دادن میزان شادی و پایداری رابطه، رضایت و سازگاری زناشویی است. بنابراین رضایت و سازگاری در ارتباط زوجین و خانواده سالم حائز اهمیت می باشد. زمانی که افراد ازدواج می کنند، برای همیشه متعهد می شوند که در سازش و عشق با هم بمانند (ایبی نوا-اوکاه<sup>۳۲</sup>، ۲۰۱۰) و هنگامی که زن و شوهر در ابعاد مختلف زندگی زناشویی هماهنگ عمل کنند، سازگاری با موفقیت شکل می گیرد (الهورانی و حسن<sup>۳۳</sup>، ۲۰۱۲). مفهوم سازگاری زناشویی جایگاه برجسته ای را در مطالعه ارتباط خانوادگی و زناشویی به خود اختصاص داده است. سازگاری در زندگی زناشویی در بردارنده عواملی همچون: رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق در امور و ابراز محبت است که در آن زوجین به صورت انفرادی یا با همکاری یکدیگر الگوهای رفتاری شان را برای رسیدن به حداکثر رضایت زناشویی در روابطشان تغییر و اصلاح می نمایند. (نظری، طاهری راد و اسدی، ۱۳۹۴). بنابراین باتوجه به مبانی نظری و پژوهشی، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زوجین متعارض می باشد که خلاصه ای از پیشینه مرتبط در جدول زیر ارائه شده است.

<sup>27</sup> Chen, Tanaka, Uji, Hiramura & Shikai,

<sup>28</sup> Bonferroni

<sup>29</sup> Bowling

<sup>30</sup> - Shek, D.T.

<sup>31</sup> Daniel, J. W., & Balard, R. D. S

<sup>32</sup> Ebeuwa-Okoh, E. E

<sup>33</sup> AlHorany, A., & Hassan, S. A

## جدول شماره ۱: پژوهش های مرتبط

نام نویسندگان	سال انتشار	موضوع
امانی و همکاران	۱۳۹۷	بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوهی گروهی برآشفستگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوشبینی در زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه
فتوحی و همکاران	۱۳۹۷	مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر فراهیجان با زوج درمانی روایتی بر سازگاری و دلزدگی زناشویی زوجین متعارض
خانجانی وشکی و همکاران	۱۳۹۵	مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان
عزیزی و قاسمی	۱۳۹۶	مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه
نامنی	۱۳۹۵	اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار
نجفی و همکاران	۱۳۹۳	بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقاء سلامت جسمی و روانشناختی زوجین نابارور
پرسند و همکاران	۲۰۱۸	بررسی تاثیر مشاوره و آموزش بر کیفیت زندگی با استفاده از فاکتورهای متفاوت روانشناختی در زندگی
علیمحمدی و همکاران	۲۰۱۶	بررسی اثربخشی مشاوره گروهی
دال و همکاران	۲۰۱۴	ACT و RFT در ارتباطات
هیز و لیز	۲۰۱۲	یرش و توجه (نظریه روان درمانی)
باروش، کنکر و بوش	۲۰۱۲	بررسی اثربخشی دو شیوه روج درمانی سیستمی و روش مبتنی بر پذیرش و تعهد
براون و رایان	۲۰۰۳	نقش رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رفاه درمانی

با تمام آن چه که گفته شد، هدف پژوهش حاضر اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی سازگاری زوجین متعارض شهر کرمانشاه است.

## روش شناسی

طرح مورد نظر از نوع نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل خواهد بود. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده خواهد شد که یکی از آزمودنی ها در گروه آزمایش و دیگری در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین خواهند شد. سپس پیش آزمون از هر دو گروه گرفته می شود و گروه آزمایش در جریان مداخله ی مشاوره گروهی با رویکرد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار خواهد گرفت، در حالی که گروه کنترل در جریان هیچ گونه مداخله ای قرار نخواهد گرفت. سپس نتایج آن ها با هم مورد مقایسه قرار گرفت.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین متعارض و مراجعه کننده به کلینیک های شهر کرمانشاه در سال ۹۷ می باشد. حجم نمونه شامل ۳۰ زوج متعارض می باشد که به صورت تصادفی ساده انتخاب خواهند شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده خواهند شد.

مقیاس کنترل عواطف توسط ویلیامز<sup>۳۴</sup>، کمپل<sup>۳۵</sup> و آرنز<sup>۳۶</sup> (۱۹۹۷) طراحی شده است (طهماسبیان، خزایی، عارفی، سعیدی پورو حسنی، ۱۳۹۳). این مقیاس ابزاری برای سنجش کنترل افراد بر عواطف خود و شامل ۴۲ سوال با چهار زیر مقیاس فرعی با عناوین خشم (۸ سوال)، خلق افسرده (۸ سوال)، اضطراب (۱۳ سوال) و عاطفه مثبت (۱۳ سوال) است (قادری، خدادادی و عباسی، ۱۳۸۹). نمره گذاری به صورت لیکرت می باشد که فرد در هر پرسش میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۷ درجه ای از به شدت مخالفم (نمره ۱) تا به شدت موافقم (نمره ۷) اعلام می نماید (قادری و همکاران، ۱۳۸۹). اعتبار درونی و باز آزمایشی به ترتیب برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس های خشم ۰/۷۲ و ۰/۷۳ و زیر مقیاس خلق افسرده ۰/۹۱ و ۰/۷۶ است. اعتبار مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و زیر مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۶ است. اعتبار درونی و باز آزمایشی به دست آمده است. همچنین روایی و افتراقی و همگرایی آن نیز به دست آمد (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷). طهماسبیان و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که مقیاس کنترل عواطف از همسانی درونی معتبری برخوردار است.

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه SF-36 برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشریون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می شود اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می آید، نمره گذاری این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد: سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی. بعد جسمانی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می دهد (عبارت شماره ۲ در هیچ یک از زیرمقیاس ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می شود). پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان ها در آن بعد مشخص می شود.

پرسشنامه سازگاری اسپانیر<sup>۳۷</sup>: مقیاس سازگاری زناشویی (۱۹۷۶) (تایی و پلسن<sup>۳۸</sup>، ۲۰۱۳). دارای ۳۲ سؤال است و نمره کلی سازگاری زناشویی را اندازه گیری می کند. نمره کلی این مقیاس بین ۰-۱۵ می باشد. پاسخ دهی به ۳۲ سؤال این مقیاس به سبک لیکرت است. افرادی که نمره آن ها ۱۰۱ و یا کمتر باشد، از نظر اسپانیر ناسازگار تلقی می شوند و از این نمره به بالا

<sup>34</sup>-Williams, K. E

<sup>35</sup>-chambless, D. L

<sup>36</sup>-Ahrens, A. H

<sup>37</sup> Dyadic Adjustment scale

<sup>38</sup> Tie S, Poulsen Sh

سازگار محسوب می شوند. حسن شاهی به نقل از عرفان منش<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۵). طی مطالعه ای میانگین نمرات زوجین ناسازگار را  $17/8 \pm 114/7$  و زوجین ناسازگار را  $23/8 \pm 70/7$  گزارش کرد. اسپانییر ۴ عامل را از داده های مربوط به مقیاس سازگاری انتزاع نمود که رضایتمندی زناشویی، توافق دو نفره، همبستگی دو نفره و ابراز عواطف دو نفره می باشد. اسپانییر اعتبار مقیاس را بر اساس نمره کلی ۰/۹۶ و برای مقیاس های فرعی به ترتیب رضامندی دو نفره ۰/۹۴، توافق دو نفره ۰/۹۰، همبستگی دو نفره ۰/۸۶ و ابراز عواطف در روابط دو نفره ۰/۷۳ مشخص کرد و روایی آن را بر اساس همبستگی پیرسون با پرسشنامه سازگاری زناشویی موکه و والانس<sup>۴۰</sup> (۱۹۵۹) ۰/۸۶ به دست آورد. در ایران نیز اعتبار این مقیاس توسط حسن شاهی بر اساس همبستگی این پرسشنامه یا پرسشنامه سازگاری زناشویی موکه و والانس، ۰/۸۵ گزارش شد.

مقیاس سازگاری زناشویی (DAS) این مقیاس یک ابزار ۳۲ سئوالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می کنند. این ابزار برای چند هدف ساخته شده است و می توان با به دست آوردن کل نمرات از این ابزار برای اندازه گیری رضایت کلی در رابطه صمیمانه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می دهد این مقیاس چهار بعد رابطه را می سنجد که عبارتند از: رضایت زن و شوهر، همبستگی زن و شوهر، توافق زن و شوهر و ابراز محبت. نمره گذاری سئوالات بین ۰ تا ۱۵۱ است. نمرات بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر است (ثنایی و همکاران، ۱۳۷۹). پایایی نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس ها بین خوب تا عالی است: رضایت دو نفری=۰/۹۴، همبستگی دو نفری=۰/۸۱، توافق دو نفری=۰/۹۰ و ابراز محبت=۰/۷۳. روایی آن با روش های منطقی روایی محتوا آزمون شده است. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج های متاهل و مطلقه در هر سئوال، روایی خود را برای گروه های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک - والانس همبستگی دارد (ثنایی و همکاران، ۱۳۷۹).

برای بررسی پایایی محقق تعداد ۳۵ پرسشنامه را توزیع و پس از جمع آوری، اقدام به محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمود. که با توجه به نتایج به دست آمده ضرایب برابر ۰/۸۲۱ و ۰/۷۳۶ و ۰/۸۶۲ بدست آمد. پس می توان نتیجه گرفت که پرسشنامه های مورد استفاده از پایایی لازم برخوردارند.

نمونه گیری در این پژوهش به روش هدفمند انجام شد. بدین صورت که ملاک های ورود جهت انتخاب آزمودن های این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص علائم کنترل ناپذیری عواطف در افراد، تشخیص متوسطی از کیفیت زندگی زناشویی و عدم سازگاری زوجین متعارض بر اساس پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بود نداشتن تشخیص سایر اختلالات روانی شدید در این حیطه سنی بود و ملاک های خروج از مطالعه شامل نداشتن هر یک از ملاک های ورودی فوق و یا مصرف دارو با هر مداخله دیگر در حین برگزاری جلسات و شرکت نکردن در یک سوم از جلسات درمان بود. قبل از اجرای متغییر مستقل (مشاوره گروهی)، آزمودنی های انتخاب شده در دو گروه به وسیله مقیاس کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس مداخله مشاوره گروهی بر اساس دستورالعمل و تکنیک های طرحواره درمانی، طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد که در ادامه به ارائه پروتکل مربوطه پرداخته خواهد شد.

<sup>39</sup> Erfanmanesh N

<sup>40</sup> Mocke JH, Wallace MK



## جدول شماره ۲: پروتکل مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای آموزشی نظریه واقعیت درمانی
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، آشنایی با اعضای گروه، دادن توضیحاتی درباره چهارچوب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم سازی مشکل مراجعین، آماده سازی زنان ناسازگار و کسب تعهد برای شرکت در جلسات درمان، شناسایی اهداف و نیازها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر و اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	توصیف برنامه تغییر مراجع و کارایی آن، ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان ها با استفاده از تمثیل، در این مرحله بررسی پاسخ به این سوال ها می پردازیم، مراجع تاکنون چه تلاشهایی انجام داده است؟ آیا این تلاشهای موثر بوده است؟ این سوال ها با این هدف که مراجع را دچار درماندگی خلاق کنیم پرسیده می شود. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه سوم	کمک به زنان افراد ناسازگار برای تشخیص کنترل وقایع شخصی، افکار، خاطرات و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت های اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش، به مراجع آموزش می دهیم پذیرفتن تسلیم شدن نیست بلکه به جای اجتناب از رویدادهای منفی مراجع، تغییرات بی حاصل کنترل مساله را کنار بگذارد. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	آموزش قدم های پذیرش با توضیح مفاهیم اشتیاق و موانع، بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، جداسازی شناختی به نحوی که مراجع بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، خود به عنوان زمینه (ایجاد خود مشاهده گر)، آموزش دادن جایگزینی خود واقعی مراجع به جای خود مفهوم سازی شده، آگاهی از دریافتهای حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. زنان ناسازگار آموزش می بینند تا با افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه هفتم	روشن نمودن ارزش های مراجع، توضیح مفهوم ارزش ها و بیان تفاوت بین ارزش ها. در واقع ارزش ها توصیفاتی هستند از آنچه که برای مراجع مهم است و نیز جهتی که فرد می خواهد به سمت این ارزش ها حرکت کند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیفو
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، ایجاد تعهد برای عمل به آنها، مرور و تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس آزمون.

## یافته‌های پژوهش

اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌های مورد مطالعه به تفکیک گروه نشان می‌دهد که تعداد ۱۵ نفر یعنی معادل ۵۰ درصد از مجموع افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر یعنی معادل ۵۰ درصد از مجموع افراد مورد مطالعه در گروه کنترل بوده‌اند. اطلاعات شاخص توصیفی متغیرهای مستقل زوجین مراجعه‌کننده را در گروه کنترل نشان می‌دهد که با توجه به نتایج

جدول، میانگین متغیرها در پس‌آزمون بیشتر از میانگین متغیرها در پیش‌آزمون است. در پیش‌آزمون بیشترین میانگین مربوط به متغیر سازگاری زوجین متعارض (۱۲/۷۲) و کمترین میانگین مربوط به متغیر کیفیت زندگی زناشویی (۱۰/۱۳) و در پس‌آزمون بیشترین میانگین مربوط به متغیر کیفیت زندگی (۱۵/۲۲) و کمترین میانگین مربوط به سازگاری زوجین (۱۴/۴۵) می‌باشد. همچنین شاخص توصیفی متغیرهای وابسته زوجین را در گروه آزمایش نشان می‌دهد که با توجه به نتایج جدول، میانگین متغیرها در پس‌آزمون بیشتر از میانگین متغیرها در پیش‌آزمون است. در پیش‌آزمون بیشترین میانگین مربوط به متغیر کیفیت زندگی زناشویی (۱۴/۹۱) و کمترین میانگین مربوط به متغیر سازگاری زوجین متعارض (۱۳/۴۷) و در پس‌آزمون بیشترین میانگین مربوط به متغیر کیفیت زندگی زناشویی (۱۶/۲۵) و کمترین میانگین مربوط به کنترل عواطف (۱۵/۱۶) می‌باشد. از آنجا که در تحلیل کوواریانس متغیر وابسته (نمرات پس‌آزمون) باید دارای توزیع نرمال باشند. نتایج بررسی داده‌ها نشان می‌دهند که در سطح اطمینان ۹۵ درصد (۰/۰۵) متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمودنی از یک توزیع نرمال برخوردارند.  $p < 0/05$ . بنابراین یکی از شروط استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس برقرار می‌باشد. یکی از دیگر شروط استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، خطی بودن متغیرهاست. یعنی باید متغیر وابسته (نمرات پس‌آزمون) و متغیر کمکی (نمرات پیش‌آزمون) یک رابطه‌ی خطی وجود داشته باشد. این فرض در ابتدای بررسی تک تک فرضیات مورد بررسی قرار گرفته است. در ادامه به ارائه یافته‌های حاصل از آزمون فرضیات در قسمت آماری پرداخته شده است:

### جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس بررسی همگنی شیب رگرسیونی در پس‌آزمون متغیرهای مستقل

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱۹۵/۲۳۳	۱	۱۹۵/۲۳۳	۲۳/۴۲۶	۰/۰۰۱
گروه*پیش‌آزمون	۹/۷۸۲	۱	۹/۷۸۲	۸/۹۴۲	۰/۳۶۹
خطا	۱۲۳/۵۳۸	۴۶	۳/۲۵۱		
کل	۱۹۶/۴۳۴	۵۰	۴/۶۷۷		

در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که تعامل بین گروه و پیش‌آزمون معنادار نیست، به عبارت دیگر داده‌ها از فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند ( $\text{sig}=0/369$ ) و می‌توان گفت شیب خط رگرسیونی برای متغیر وابسته زوجین در گروه‌های آزمایش و کنترل تقریباً یکسان بوده و بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون همبستگی مثبت و معنادار برقرار است. از این رو استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد.

## جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی میانگین متغیرهای وابسته زوجین در موقعیت پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳۳۳/۵۲۰	۱	۳۳۳/۵۲۰	۵۶/۹۳۴	۰/۰۰۰	۰/۳۷۶
گروه	۶۱/۸۱۹	۱	۶۱/۸۱۹	۲۴/۸۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
خطا	۲۹۹/۲۰۲	۴۷	۶/۳۶۶			
کل	۲۲۹/۲۵	۵۰	۴/۵۸۵			

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود نسبت  $F$  برای گروه آزمایش و کنترل برابر  $۲۴/۸۵۵$  و در سطح  $p < ۰/۰۵$  از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است که میزان ضریب تأثیر گروه برابر  $۰/۵۲۴$  است. این موضوع نشان‌دهنده آن است که در حدود ۵۲ درصد واریانس وابسته زوجین گروه آزمایش اختصاصاً توسط مشاوره گروهی با رویکرد مورد نظر قابل تبیین است. بنابراین مشاوره گروهی بر متغیرهای مورد مطالعه تأثیر دارد.

## جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس بررسی همگنی شیب رگرسیونی در پس‌آزمون کنترل عواطف زوجین

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۳۶/۷۷۸	۱	۲۳۶/۷۷۸	۳۷/۵۴۴	۰/۰۰۲
گروه*پیش‌آزمون	۲/۵۶۸	۱	۲/۵۶۸	۸/۴۲۶	۰/۴۳۰
خطا	۴۵۳/۲۸۴	۴۶	۹/۸۵۴		
کل	۲۲۷/۸	۵۰	۴/۵۵۶		

در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که تعامل بین گروه و پیش‌آزمون معنادار نیست، به عبارت دیگر داده‌ها از فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند ( $Sig = ۰/۴۳۰$ ) و می‌توان گفت شیب خط رگرسیونی برای متغیر کنترل عواطف زوجین در گروه‌های آزمایش و کنترل تقریباً یکسان بوده و بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون همبستگی مثبت و معنادار برقرار است. از این رو استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد.

## جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی میانگین میزان کنترل عواطف زوجین در موقعیت پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۵۴/۶۷۸	۱	۱۵۴/۶۷۸	۳۲/۴۱۷	۰/۰۰۰	۰/۳۲۱
گروه	۶۴/۴۵۶	۱	۶۴/۴۵۶	۲۵/۶۴۰	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴
خطا	۴۶۲/۶۶۸	۴۷	۹/۸۸۴			
کل	۳۱۴/۷۵	۵۰	۶/۲۹۵			

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود نسبت  $F$  برای گروه آزمایش و کنترل برابر  $۲۵/۶۴۰$  و در سطح  $p < ۰/۰۵$  از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است که میزان ضریب تأثیر گروه برابر  $۰/۶۷۴$  است. این موضوع نشان دهنده آن است که در حدود ۶۷ درصد واریانس کنترل عواطف زوجین گروه آزمایش اختصاصاً توسط مشاور گروهی با رویکرد مورد مطالعه قابل تبیین است. مشاور گروهی با رویکرد مورد مطالعه بر کنترل عواطف زوجین مراجعه‌کننده شهر کرمانشاه تأثیر معناداری دارد.

## جدول شماره ۷: نتایج تحلیل کوواریانس بررسی همگنی شیب رگرسیونی در پس‌آزمون کیفیت زندگی زناشویی

## زوجین

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱۲۵/۸۵۶	۱	۱۲۵/۸۵۶	۵۶/۲۳۶	۰/۰۰۰
گروه*پیش‌آزمون	۵/۷۸۹	۱	۵/۷۸۹	۱۴/۵۶۳	۰/۴۸۹
خطا	۳۴۷/۸۹۸	۴۶	۷/۵۶۳		
کل	۲۲۵/۱	۵۰	۴/۵۰۲		

در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که تعامل بین گروه و پیش‌آزمون معنادار نیست، به عبارت دیگر داده‌ها از فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند ( $Sig = ۰/۴۸۹$ ) و می‌توان گفت شیب خط رگرسیونی برای متغیر کیفیت زندگی زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل تقریباً یکسان بوده و بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون همبستگی مثبت و معنادار برقرار است. از این رو استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد.

## جدول شماره ۸: نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی میانگین کیفیت زندگی زناشویی زوجین در موقعیت پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۸۸/۵۶۹	۱	۲۸۸/۵۶۹	۴۹/۵۲۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۰
گروه	۹۰/۶۵۵	۱	۹۰/۶۵۵	۲۶/۶۵۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲۴
خطا	۱۵۷/۱۲۱	۴۷	۳/۳۴۳			
کل	۲۸۸/۹	۵۰	۵/۷۷۸			

همان‌طور که در جدول شماره ۸ مشاهده می‌شود نسبت  $F$  برای گروه آزمایش و کنترل برابر  $۲۶/۶۵۴$  و در سطح  $p < ۰/۰۵$  از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است که میزان ضریب تأثیر گروه برابر  $۰/۵۲۴$  است. این موضوع نشان‌دهنده آن است که در حدود ۵۲ درصد واریانس کیفیت زندگی زناشویی زوجین گروه آزمایش اختصاصاً توسط مشاورگروهی با رویکرد مورد مطالعه قابل تبیین است. بنابراین مشاورگروهی با رویکرد مورد مطالعه بر کیفیت زندگی زناشویی زوجین مراجعه‌کننده شهر کرمانشاه تأثیر معناداری دارد.

## جدول شماره ۹: نتایج تحلیل کوواریانس بررسی همگنی شیب رگرسیونی در پس‌آزمون سازگاری زوجین متعارض

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۵۲۲/۷۰۹	۱	۵۲۲/۷۰۹	۴۳/۳۶۸	۰/۰۰۰
گروه*پیش‌آزمون	۱۰/۹۳۸	۱	۱۰/۹۳۸	۱۲/۲۹۹	۰/۳۴۳
خطا	۲۰۶/۳۱	۴۶	۴/۴۸۵		
کل	۳۸۸/۱	۵۰	۷/۷۶۲		

در جدول شماره ۹ نشان می‌دهد که تعامل بین گروه و پیش‌آزمون معنادار نیست، به عبارت دیگر داده‌ها از فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند ( $sig = ۰/۳۴۳$ ) و می‌توان گفت شیب خط رگرسیونی برای متغیر سازگاری زوجین متعارض زوجین در گروه‌های آزمایش و کنترل تقریباً یکسان بوده و بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون همبستگی مثبت و معنادار برقرار است. از این رو استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد.

## جدول شماره ۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی میانگین سازگاری زوجین متعارض در موقعیت پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۴۵۲/۷۴۱	۱	۴۵۲/۷۴۱	۳۸/۵۴۰	۰/۰۰۰	۰/۴۵۸
گروه	۱۲۰/۴۳۳	۱	۱۲۰/۴۳۳	۱۱/۶۴۰	۰/۰۰۰	۰/۶۹۳
خطا	۱۵۹/۸۹۴	۴۷	۳/۴۰۲			
کل	۲۳۰/۸	۵۰	۴/۶۱۶			

همان‌طور که در جدول شماره ۱۰ مشاهده می‌شود نسبت  $F$  برای گروه آزمایش و کنترل برابر  $۱۱/۶۴۰$  و در سطح  $p < ۰/۰۵$  از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است که میزان ضریب تأثیر گروه برابر  $۰/۶۹۳$  است. این موضوع نشان‌دهنده آن است که در حدود ۶۹ درصد واریانس سازگاری زوجین متعارض گروه آزمایش اختصاصاً توسط مشاورگروهی با رویکرد مورد مطالعه قابل تبیین است. مشاورگروهی با رویکرد مورد مطالعه بر سازگاری زوجین متعارض مراجعه‌کننده شهر کرمانشاه تأثیر معناداری دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

مسئله ازدواج و زناشویی یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین موضوعات مورد توجه جامعه بشری است و اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که افراد در بزرگسالی قبول می‌کنند. به علاوه، انتخاب همسر و انعقاد پیمان زناشویی، هم نقطه عطفی در رشد و هم پیشرفت شخصی تلقی می‌شود. ازدواج، نیازمند همکاری، همدلی، وحدت، علاقه، مهربانی، بردباری و مسئولیت‌پذیری است. با شروع ازدواج و ایجاد رابطه زناشویی، رضایت زناشویی به متغیری مهم در رابطه با کیفیت ازدواج بدل می‌شود. آنچه در ازدواج و یگانگی زن و مرد مهم است سازگاری زناشویی و رضایت از ازدواج می‌باشد. روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های جدید موج سوم در حوزه شناختی است می‌تواند بر باورهای ارتباطی زوجین، که از عوامل موثر بر رضایت زناشویی و تحکیم روابط بین آنان محسوب شود به کار گرفته شود و اثربخشی آن مورد آزمایش قرار گیرد. با توجه به نتایج آزمون، از لحاظ آماری معناداری فرضیه فوق مورد تأیید می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است که میزان ضریب تأثیر گروه برابر  $۰/۵۲۴$  است. این موضوع نشان‌دهنده آن است که در حدود ۵۲ درصد واریانس کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زوجین متعارض شهر کرمانشاه اختصاصاً توسط مشاوره گروهی با رویکرد مذکور قابل تبیین است. بنابراین مشاوره‌های گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی و سازگاری زوجین متعارض عملکرد مورد مطالعه تأثیر دارد. نتایج این آزمون با نتایج آزمون عزیززی و قاسمی (۱۳۹۶)، نامنی (۱۳۹۵)، باروش، کنکر و بوش (۲۰۱۲) و دال و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که کنترل عواطف، کیفیت زندگی زناشویی سازگاری زوجین متعارض از جمله متغیرهای

اساسی در ارتقا هر چه بیشتر زندگی زوجین می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با باز بودن نسبت به سنتهای قدیمی بالینی، تأکید بر عملکرد رفتاری مراجع نه علتیابی و انعطاف‌پذیری روانشناختی نشان میدهد که چرا همجوشی شناختی و اجتناب تجربی مضر است (هیز، ۲۰۱۶). به طوری با بهبود بخشیدن و تمرکز و توجه به این دسته از متغیرها می‌توان بخش عمده‌ای از تعارضات و مشکلات زندگی‌های امروزی را مرتفع ساخت در همین راستا مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای تاثیرات عمیقی بر این متغیرها می‌باشد.

با توجه به نتایج آزمون، از لحاظ آماری معناداری فرضیه فوق مورد تایید می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است که میزان ضریب تأثیر گروه برابر ۰/۶۷۴ است. این موضوع نشان دهنده آن است که در حدود ۶۷ درصد واریانس کنترل عواطف، زوجین متعارض گروه آزمایش اختصاصاً توسط مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل تبیین است. مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل عواطف، زوجین متعارض شهر کرمانشاه تأثیر معناداری دارد. نتایج این آزمون با نتایج هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۱۱) و طهماسبیان (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های این قسمت از پژوهش می‌توان ادعان داشت کنترل عواطف با چگونگی بروز درست و نمایش احساسات درست در ارتباط است و مشاوره گروهی با تاثیرگذاری بر فرد در شناخت موقعیت‌های گوناگون و ابراز و کنترل به موقع احساسات (گروس، ۱۹۸) به تسهیل این مهم کمک کرده و فرد را در تشخیص صحیح به موقع یاری می‌نماید.

با توجه به نتایج آزمون، از لحاظ آماری معناداری فرضیه فوق مورد تایید می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است که میزان ضریب تأثیر گروه برابر ۰/۵۲۴ است. این موضوع نشان دهنده آن است که در حدود ۵۲ درصد واریانس کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض گروه آزمایش اختصاصاً مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل تبیین است. بنابراین مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض شهر کرمانشاه تأثیر معناداری دارد. نتایج این آزمون با نتایج آزمون عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶)، خانجانی وشکی و همکاران (۱۳۹۵) و پرسند و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های این قسمت از پژوهش می‌توان ادعان داشت که کیفیت زندگی در واقع مفهومی فراتر از سلامت جسمانی بوده و از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری آن در تحقیقات مختلف سلامتی به عنوان یکی از پیامدهای مهم به صورت مستقل لازم و ضروری است (نجات و همکاران، ۲۰۰۷) و مشاوره گروهی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به تسهیل هر چه بیشتر کیفیت زندگی زناشویی با تاکید بر عملکرد رفتاری مراجع نه علت یابی و انعطاف پذیری روانشناختی، می‌شود.

با توجه به نتایج آزمون، از لحاظ آماری معناداری فرضیه فوق مورد تایید می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است که میزان ضریب تأثیر گروه برابر ۰/۶۹۳ است. این موضوع نشان دهنده آن است که در حدود ۶۹ درصد واریانس سازگاری زوجین متعارض گروه آزمایش اختصاصاً توسط مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل تبیین است. مشاوره گروهی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زوجین متعارض شهر کرمانشاه تأثیر معناداری دارد. نتایج این آزمون با نتایج آزمون رجبی<sup>۴۱</sup> و همکاران (۱۳۹۲) که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی تأثیر معنادار دارد و موسوی<sup>۴۲</sup> و همکاران (۱۳۹۵) و براون<sup>۴۳</sup> و همکاران (۲۰۱۵)، سولومون<sup>۴۴</sup> و همکاران

<sup>41</sup> Rajabi

<sup>42</sup> Mousavi

<sup>43</sup> Brown

<sup>44</sup> Solomon

(۲۰۱۱) و پترسون<sup>۴۵</sup> و همکاران (۲۰۱۲) همسو و در تایید دانست. در تبیین یافته‌های این قسمت از پژوهش می‌توان علت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد توافق و آموزش شیوه‌های سازگار شدن با جنبه‌های غیرقابل تحمل زندگی زناشویی به جای تلاش برای مدیریت آن‌ها و عوامل تعارض برانگیز دانست از طرف دیگر، این رویکرد بر کشف ارزشها و چگونگی ایجاد یک زندگی پر معنا برای خود و همسر از طریق ایجاد ارزشهای شخصی تأکید میکند و این گونه زوجین تمام تجربه‌های زندگی خود را مورد توجه قرار میدهند تا روشهایی را برای زندگی کردن به شیوه کارآمدتر بیابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را ترغیب میکند که فرایندهای فکری را به عنوان یک عملکرد لازم و واقعی برای سازگاری روان شناختی، بپذیرند و در نتیجه طرح‌واره‌های شناختی منفی را در افراد کاهش می‌یابد.

مشاوران با بهره‌گیری از مهارت‌های گوناگون روان شناختی، مانند روانکاوی، می‌کوشند به مراجع، در جهت تخلیه هیجانی، غلبه بر هیجانات منفی، سازگاری و گزیدن راهکار برای مسائل، یاری رسانند. در مشاوره گروهی، با استفاده از مهارت‌های کلامی و روان شناختی، از راه سعی در تقویت عزت نفس، تفکر مثبت و احساس سلامتی روان، تقویت قدرت روحی و آگاهی بخشی، به حل مشکل مددجو توسط خود او و با توجه به تفاوت‌های فردی و شرایط وی، کمک می‌کنند. انجام هر پژوهشی نمی‌تواند خالی از محدودیت باشد. گاهی تأثیر این محدودیت‌ها ممکن است بر روی روند انجام کار و رسیدن به نتیجه منفی تأثیر منفی بگذارد. از جمله مهم‌ترین این عوامل می‌توان به پرسشنامه موجود در به دست آوردن نتایج می‌باشد، چرا که هر پرسشنامه‌ای در ذات خود دارای عواملی است که در نمایش همه جانبه آنچه هدف اصلی پژوهش می‌باشد، دارای کمبودهایی می‌باشد و فرصت استفاده از مصاحبه تشخیصی بالینی را سلب کرده است. پیشنهاد می‌شود با توجه به تایید اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد مذکور (ACT) در شهرهای مختلف ایران این پژوهش در رابطه با متغیرهای متفاوت به کاربرده شود. اطلاعات حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند به افزایش سطوح سازگاری؛ کنترل عواطف و کیفیت زندگی زناشویی تأثیرات مثبت و معناداری داشته باشد بنابراین می‌توان به ارتقا سطح کلی سطح کیفیت زندگی امیدوار بود و با تکمیل فرآیندها و متغیرهای مرتبط مانند در نظر گرفتن علل مقاومت در مشاوره گروهی و... گام‌هایی اساسی در این رابطه برداشت. پژوهشگران آتی با پرداختن به جوامع دیگر می‌توانند در جهت توسعه همه جانبه اهداف پژوهش حاضر کوشش نمایند (پژوهش حاضر در سازمانها و ارگانهای دیگر انجام شود).

## منابع

۱. امانی، احمد؛ عیسی نژاد، امید؛ علیپور، (۱۳۹۷)، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوهی گروهی بر آشفستگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوشبینی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، سال پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۷.
۲. بک، آرون و همکاران. (۲۰۰۳). چالشهای شناخت درمانی. ترجمه حسن حمیدپور (۱۳۸۸) تهران: انتشارات ارجمند.
۳. حیرت، عاطفه؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ احمدی، سید احمد؛ اعتمادی، عذرا؛ بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۳)، نقش ابعاد سبک زندگی زوجی در پیشبینی سازگاری زناشویی. فصلنامه زن و جامعه، ۵ (۲)، ۱۵۸-۱۴۵.

<sup>45</sup> Peterson



۴. خانجانی وشکی، سحر؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ فرزاد، ولی اله؛ فاتحی زاده، مریم (۱۳۹۵)، مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۴، شماره ۴، ۱۳۹۵.
۵. داوودی، زهرا؛ اعتمادی، عذرا؛ بهرامی، فاطمه؛ شاه سیاه، مرضیه. (۱۳۹۱)، تأثیر رویکرد زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر سازگاری زناشویی در زنان و مردان مستعد طلاق شهر اصفهان، اصول بهداشت روانی، ۱۴ (۵۵)، ۱۹۹-۱۹۲.
۶. شاکریان، عطا؛ نظری، علی محمد؛ ابراهیمی، پایناز؛ فاطمی، عادل؛ دانایی، صبا. (۱۳۹۱)، ارتباط شباهت و تضاد در ویژگیهای شخصیتی با سازگاری زناشویی. مجله علوم رفتاری، ۶ (۳)؛ ۱۳-۱۴.
۷. طالبی شیطان آباد، سمیرا؛ شاکر، علی؛ (۱۳۹۵)، مقایسه صمیمیت در خانواده، کنترل عواطف، تحمل ناکامی و مهارت حل مشکل در زنان زندانی با پیشینه روابط فرازناشویی و سوء مصرف مواد در زندان شهر ارومیه، پایان نامه کارشناسی ارشد با حمایت دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان غربی.
۸. عابدی، بهناز؛ خانجانی وشکی، سحر؛ صفریگی، شهناز؛ زارعان، منصوره، شاه سیاه، مرضیه (۱۳۹۳)، بررسی تاثیر آموزش گروهی زوجین به شیوه مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر افزایش سازگاری زوجین، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۱ / شماره ۶ / بهمن و اسفند ماه ۱۳۹۳.
۹. عزیزی، آرمان؛ قاسمی، سیمین؛ (۱۳۹۶)، مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، سال هشتم، شماره ۸۲، بهار ۱۳۹۶.
۱۰. فتوحی، سکینه، میکائیلی، نیلوفر، عطادخت، اکبر، حاجلو، نادر، (۱۳۹۷)، مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر فراهیجان با زوج درمانی روایتی بر سازگاری و دلزدگی زناشویی زوجین متعارض، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، دانشگاه علامه طباطبائی، سال نهم، شماره ۳۴، تابستان ۹۷، صص ۷۷ تا ۱۰۱.
۱۱. قربانی، کبری، (۱۳۸۴)، تاثیر زوج درمانی به شیوه درمان عقلانی - هیجانی رفتاری بر تعارض ها و افکار غیر منطقی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان؛ پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده؛ اصفهان: دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
۱۲. گلن، دانیل؛ ترجمه بلوچ، حمیدرضا. (۱۳۷۹)، هوش عاطفی؛ تهران: انتشارات جیحون.
۱۳. نامنی، ابراهیم (۱۳۹۵)، بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار، پژوهشهای مشاوره، جلد ۱۵، شماره ۵۷، بهار ۱۳۹۵.
۱۴. نجفی، مریم، سلیمانی، ع، احمدی، خ؛ جاویدی، ن؛ کامکار، ا؛ پیرجاوید، ف؛ (۱۳۹۳)، بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقاء سلامت جسمی و روانشناختی زوجین ناباور، مجله زنان مامائی و نازایی ایران، دوره هفدهم، شماره ۱۳۳، صص ۲۱-۸، هفته سوم بهمن ۱۳۹۳.

15. Ahmadi Kh. [Identifying the factors affecting marital adjustment and compare the effectiveness of intervention methods to change lifestyle and problem solving in

- couples with marital incompatibility]. Ph. D. Dissertation. Allameh Tabatabaei University: College of education and psychology, 1384: 32-47. (Persian)
16. Alimohammadi, Leila; Mirghafourvand, Mojgan; Zarei, Fatemeh; Pirzehl, Reza. (2018), The effectiveness of group counseling based on Bandura's self-efficacy theory on sexual function and sexual satisfaction in Iranian newlywed women: A randomized controlled trial, *Applied Nursing Research*, Volume 42, August 2018, Pages 62-69.
  17. Amani, A., et al. The effects of cognitive - behavioral group marital satisfaction for women. First National Congress of Family Pathology. Tehran: Shahid Beheshti University. 1383. (persian)
  18. Amanulahi, A., Heidarianfar, N., Khojestamehr, R., Imani, M. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment (ACT) in the treatment of distress in couples. *Journal of Applied Counseling*, (1) 4, 103-119. [In Persian].
  19. Atashpoor, H. Effect of group cognitive - behavioral marital relations. First National Congress of Family Pathology. Tehran: Shahid Beheshti University. 1381. (persian)
  20. Beck, Aron, T. Cognitive behavior therapy. edited by Gregoris & Simos, Canada.: 2002
  21. Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused family therapy: A provision roadmap. *Journal of Systemic Therapies*. 28 (3): 18-35.
  22. Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does stepping stones triple plus acceptance and commitment therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trail. *Behavior Research and Therapy*, 73, 58-66.
  23. Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Acceptance and commitment training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84 (22), 822-848.
  24. Byrne M. Carr A. Clark M. The Efficacy of Behavioral Couples Therapy and Emotionally Focused Therapy for Couple Distress. *Contemporary Family Therapy* 2004; 26 (4): 361-387.
  25. Chen, Z. Tanaka, N. Uji, M. Hiramura, H. & Shikai, N. (2007). The role of personalities in marital adjustment of Japanese couples. *Journal of Social Behavioral and Personality*, 35 (4), 561 – 572.
  26. Dahl J, Stewart I, Martell C, Kaplan JS. ACT and RFT in relationships: helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2014.
  27. Edalati, A., Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction, *journal of American Science*. 6 (4): 132-137.
  28. Eifert, G., Forsyth, J. (2006). Acceptance & commitment therapy for anxiety disorder: A practioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values- based behavior change strategies. *Journal of Contempt Psychotherapy*. 36: 191-192.
  29. Emami, F. The effects of cognitive - behavioral marital satisfaction accretion, MA thesis advising, Allameh Tabatabai University in Tehran.. 1382. (persian)

30. Erfanmanesh N. the effects of emotional focused therapy on the marriage suitability [Phd thesis]. Theran: Islamic Azad University; 2005.
31. Eslami, M. The role of relationship beliefs in marital adjustment and family functioning in Tehran. MA thesis., Tehran: Alzahra university. 1384. (persian)
32. Etemadi O, Rezai'e J, Ahmadi A. Intimacy and its role in marital life. Isfahan, Iran: Iranian Student Book Agency; 2014. [In Persian].
33. Etemadi, O. Evaluate and compare the effectiveness of couples therapy based diagnostic - therapeutic behavioral and accretion related to marital intimacy. Ph. D. thesis, consulting, Tarbiat Moallem University of Tehran. Department of Psychology. 1384. (persian)
34. Forman, E. M., Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behaviortherapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken,NJ: Wiley: 263-265.
35. Frisch MB. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New York, NY: John Wiley & Sons; 2005.
36. Gary J. Together forever: Relationship skills for lasting love. Trans. Gharache Daghi J. Tehran, Iran: Alborz Publications; 1999. [In Persian].
37. Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2004). Family Therapy (5thEd.). Peacock Publishers.
38. Gorchoff, S. M., John, O. P., Helson, R. (2008). Contextualizing change in marital satisfaction during middle-age: An 18-year longitudinal study. Psychological Science. 19: 1194-1200.
39. Greef, A. P. Characteristics of family that function well, Journal of Family, 2000, 21, 948-963.
40. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2007; 75 (2): 336-43.
41. Halford WK. Brief therapy for couples: Helping partners help themselves. New York, NY: Guilford Press; 2003.
42. Hassan Shahi, M. Relationship between locus of control and marital adjustment in Shiraz city education, psychology master's thesis, University of Isfahan. 1378. (persian)
43. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, Relational frametheory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behaviortherapy. 35: 639-665.
44. Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies–Republished Article. Behavior Therapy, 47 (6), 869-885.
45. Hayes, S. C. Lillis, J. (2011). Acceptance and commitment therapy) Theory andPsychotherapy). Amer Psychological Assn.
46. Hayes, S. C., Lillis, J. (2012). Acceptance and mindfulness (theory andPsychotherapy). Amer Psychological Assn.

47. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (1), 1-25.
48. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *BehavRes Ther.* 44 (1): 1-25.
49. Hayes, S. C., Strosahl, K. D. (2010). *A Practical Guide to acceptance and commitment Therapy*. New York: springer Science and Business Media Inc.
50. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
51. Izadi R, Abedi MR. *Acceptance and commitment therapy*. Tehran, Iran: Jangal Publications; 2014. [In Persian].
52. Johnson SM. & Whiffin VE. *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: Guilford. 2003.
53. Johnson SM. *Creating connection: the practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner – Routledge; 2004.
54. Johnson, S., & Lebow, J. (2000). The "coming of age" of couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (1), 23-38.
55. Kanter, J. W. Baruch, D. E. Gaynor, S. T. (2006) *Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison*. *The behavior analyst.* 29: 161–185.
56. Khojasteh Mehr R, Kerachian M, Shirali Nia K. *Mediating role of spouse's perception of sacrificing behaviors in the relationship between attachment styles and marital quality*. *Journal of Family Psychology* 2014; 1 (2): 31-40. [In Persian].
57. Lewis R, Spanier G. *Theorizing about the quality and stability of marriage*. In: Burr WR, Editor. *Contemporary theories about the family: Research-based theories*. New York, NY: Free Press; 1979.
58. Lin, Y. C. Raghbir, p. (2005). *Gender differences in unrealistic optimism about marriage and divorce: Are men more optimistic and women more realistic?* *Personality and Social Psychology Bulletin.* 31: 198-207.
59. Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass;
60. Mocke JH, Wallace MK. *Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity*. *Marriage and Family Living* 1959; 21 (3): 251-5.
61. Mousavi, M., Rashidi, A., Golmohammadian, M. (2017). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy On increasing the marital satisfaction of veteran and free wives*. *Journal of Applied Counseling*, (2) 5, 97-112. [In Persian].
62. Olia, N. *The effect of marital enrichment marital city*. MA thesis. University of Isfahan. Department of Education. 1385. (persian)
63. Onat G, Beji NK. *Marital relationship and quality of life among couples with infertility*. *Sexuality and Disability* 2012; 30 (1): 39-52.
64. Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). *Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (4), 430-442.

65. Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (4), 430-442.
66. Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (4), 430-442
67. Prasanth, N. V. ; V. Najiya Saheer; M. Naina Paul; P. K. Najla; K. P. Nizar Mohamed. (2018), A study on impact of patient counseling and education on quality of life in patients with metabolic syndrome, *Clinical Epidemiology and Global Health*, Available online 14 August 2018.
68. Rajabi, Gh., Imani, M., Khojostamehr, R., Biraami, M., Beshlide, K. (2014). Assessment of acceptance and commitment therapy in Couples Therapy Behavioral Integrated on Concern and marital adjustment of women with marital distress and general anxiety disorder. *Journal of Behavioral Sciences Research*, (6) 11, 600-619. [In Persian].
69. Rajabi, Gh., Jamali, A., Taghipour, M. (2016). The relationship between safe attachment style, self-differentiation (My Position) And marital satisfaction with the optimism of couples. *Journal of Consuling Research*, (14) 56, 46-67. [In Persian].
70. Shahi A, Ghaffari I, Ghasemi K. Relationship between mental health and marital satisfaction. *Behbood J* 2011; 15 (2): 119-26.
71. Shahsiah, M. The efficacy of marital quality sex education in Isfahan, MS thesis, University of Isfahan, Department of Psychology. 1387. (persian)
72. Sinha P, Mukerjec N. Marital adjustment space orientation. *J Soc Psychol*, 1990; 130 (5): 633-9.
73. Solomon, Z., Debby-Aharon, S., Zerach, G., & Horesh, D. (2011). Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war veterans. *Journal of Family Issues*, 32 (1), 127-147.
74. Tie S, Poulsen Sh. Emotionally focused couple therapy with couples marital adjustment. *Contemporary Family Therapy* 2013; 35 (3): 557-67.
75. Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*. 26 (5): 1468-74.
76. Zeidan, F., Johnson, S. K. Diamond, B. J., David, Z., Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. 19 (2): 597-605.