

بررسی مولفه‌های نیازهای آموزشی در اثربخشی درمان گروهی (افراد دارای اختلال سو مصرف مواد)

سیده سارا موسوی^۱، علیا زرگوش^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس

^۲ کارشناسی ارشد ژنتیک دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای اختلال سو مصرف مواد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز انجام شد. روش تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه کنترل و یک گروه آزمایش بود. گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد متغیر مستقل یا تأثیرگذار و سازگاری زناشویی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه متغیر ملاک مطالعه محسوب شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان دارای سو مصرف مواد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز (اردیبهشت تا تیر ماه ۱۳۹۷)، که تعداد آن‌ها ۱۵۰۰ نفر بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ مرد معتاد تحت درمان شهر شیراز بود که به روش تصادفی انتخاب شدند و در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند و پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۸) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از ابزار Spss استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤثر بود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر بهبود مؤلفه‌های سازگاری زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤثر بود. با توجه به تحقیقات انجام شده لازم است از روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری زناشویی در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد توجه بیشتری مبذول شود.

واژه‌های کلیدی: سازگاری زناشویی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال سوءمصرف مواد

مقدمه

یکی از مهمترین موضوعات نگران کننده در عصر حاضر، توسعه آسیب‌های اجتماعی است که موجب ایجاد چالش‌های بزرگی در سطح جوامع شده است و ضرورت مقابله با آن‌ها یک نیاز اساسی است. هر جامعه برای مقابله با چالش‌های فراروی خود نیازمند شناخت صحیح پدیده‌های آسیب‌زای خود و تجزیه تحلیل روند آن‌ها و ارائه نسخه‌های کاربردی و عملیاتی کردن آنهاست. یکی از این آسیب‌ها معضل مواد مخدر و اعتیاد است که هم از حیث تعداد افراد معتاد و هم از حیث پیچیدگی و رهایی از آن از مهمترین آسیب‌های اجتماعی کشور محسوب می‌شود. اعتیاد پدیده‌ای است که به آن بلای هستی سوز نام نهاده‌اند. زیرا ویرانگری‌های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از هنجارهای فرهنگی و اخلاقی می‌گردد و سلامت جامعه را به مخاطره می‌اندازد و هر ساله این بلای خانمان برانداز، قربانیان بی شماری را به آغوش سرد خاک می‌نشاند (شمس اسفندآباد و نژاد نادری، ۱۳۸۸).

در حال حاضر اعتیاد^۱ و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (هایز^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). براساس تحقیقات موجود می‌توان نتیجه گرفت که افراد معتاد نسبت به افراد عادی، هیجان‌های منفی، بی‌حوصلگی، خستگی، تنهایی، شرم، اضطراب، نگرانی، جر و بحث، فشار روانی، فشار شدید مشکلات خانوادگی و عزت نفس پایین بیشتری را گزارش می‌کنند (کلونینجر^۳، ۲۰۰۴).

در حال حاضر اعتیاد^۴ و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (هایز^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). براساس تحقیقات موجود می‌توان نتیجه گرفت که افراد معتاد نسبت به افراد عادی، هیجان‌های منفی، بی‌حوصلگی، خستگی، تنهایی، شرم، اضطراب، نگرانی، جر و بحث، فشار روانی، فشار شدید مشکلات خانوادگی و عزت نفس پایین بیشتری را گزارش می‌کنند (کلونینجر^۶، ۲۰۰۴).

اهداف اصلی

- ۱- بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای اختلال سو مصرف مواد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز.
- ۲- بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی در افراد دارای اختلال سو مصرف مواد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی اثر بخش می‌باشد.
- ۲- درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثر بخش می‌باشد.

¹ - Addiction

² - Hayes

³ - Cloninger

⁴ - Addiction

⁵ - Hayes

⁶ - Cloninger

سازگاری زناشویی:

سازگاری زناشویی حالتی است که در آن یک احساس کلی از رضایت و شادکامی در زن و شوهر نسبت به ازدواجشان و نسبت به یکدیگر وجود دارد. به طور کلی، سازگاری در رابطه زناشویی، کارکرد مجموعه‌ای از هیجان‌های مثبت و منفی و شدت چنین تجارب هیجانی است که طرفین به طور مشترک تجربه می‌کنند (تیرگری، ۱۳۸۳).

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه:

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. آن‌ها عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند. اگرچه تمام طرح‌واره‌ها ریشه تحولی وقایع آسیب‌زا ندارند ولی همه آن‌ها مخل زندگی سالم هستند و اغلب طرح‌واره‌ها در نتیجه تجارب زیان‌بخش محق می‌شوند که فرد در سیر دوران کودکی و نوجوانی دائماً با این تجارب روبرو بوده است. اثر این تجارب ناگوار در سیر تحول با یکدیگر جمع می‌شوند و منجر به شکل‌گیری یک طرح‌واره کاملاً ناسازگار تمام‌عیار می‌گردد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۹).

پذیرش و تعهد درمانی (ACT)^۷:

درمان پذیرش و تعهد که از یک چهارچوب فلسفی و نظری منسجم برخوردار است، یک مداخله‌ی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی روانشناختی مبتنی بر تجربه و پذیرش به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به کار می‌گیرد. انعطاف‌پذیری روانشناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزشهایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (هیز^۸ و همکاران، ۲۰۰۴).

پیشینه داخلی

ارجمند قجور و اقبالی (۱۳۹۷)، در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره درمانی و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین، به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اثر بخش بوده‌اند.

کاوسیان، حریفی و کریمی (۱۳۹۶)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی زوج‌ها، به این نتیجه رسیدند که بین نمرات میانگین پس‌آزمون دو گروه در زیر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روزبهبی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز به این نتیجه رسیدند که درمان‌های

^۷ - Acceptance and commitment therapy

^۸ - Hayes

گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تاثیرگذار بود. همچنین روش‌های درمانی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی، تا حد زیادی توانست طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را کاهش دهد.

زنگنه مطلق، بنی جمالی، احدی و حاتمی (۱۳۹۶)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان محور بر بهبود سازگاری و تعهد زناشویی زوجین. به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی هیجان محور نسبت به گروه گواه به طور معنی داری بر سازگاری و تعهد زناشویی اثربخش بوده است.

پیشینه خارجی

نیوا^۹ (۲۰۱۷)، در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث ارتقاء کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی گردد. هربرت، استوری و ویلسون^{۱۰} (۲۰۱۵) در پژوهش خود بر افراد مبتلا به سرطان به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث سازگاری افراد مبتلا به سرطان با شرایط زندگی‌شان و با بیماری‌شان می‌شود.

ساکسنا و شاه^{۱۱} (۲۰۱۱)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی در همسران بیماران دارای اختلالات روانی، به این نتیجه رسیدند که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی در همسران بیماران دارای اختلالات روانی مؤثر می‌باشد.

جانسون^{۱۲} (۲۰۱۱)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر سازگاری زناشویی زندانیان زن به این نتیجه رسید که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت.

پترسون، ایفرت، فینگلد و داویدسون^{۱۳} (۲۰۰۹)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زوجین پریشان نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سازگاری زوجین پریشان شده و این بهبود تا دوره‌ی پیگیری تداوم داشته است.

بروتچی، میر، کوپلو، کیدنی و والر^{۱۴} (۲۰۰۴)، در پژوهشی با عنوان تجربیات شناختی در مورد سوء مصرف الکل و مواد مخدر: نقش باورهای اصلی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر می‌گذارد. بل و سسرو^{۱۵} (۲۰۰۱)، در پژوهشی با عنوان بیماران معتاد با اختلالات شخصیتی: صفات، طرح‌ها و مشکلات و درمان‌های ارائه شده دریافتند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر می‌گذارد.

روش پژوهش

روش تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه کنترل و یک گروه آزمایش و انتخاب تصادفی بود. گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد متغیر مستقل یا تأثیرگذار و سازگاری زناشویی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه متغیر ملاک

^۹ - Niva

^{۱۰} - Hulbert, Storey & Wilson

^{۱۱} - Saxena & Shah

^{۱۲} - janson

^{۱۳} - Peterson, Eifert, Feingold & Davidson

^{۱۴} - Brotchie, Meyer, Copello, Kidney & Waller

^{۱۵} - Ball & Cecero

مطالعه محسوب می‌شوند. در طرح‌های تجربی ابتدا آمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب شده و گروه آزمایش به گونه‌ای تقسیم شدند که شرایط قبل از اجرای آزمایش برای آن‌ها یکسان بود و همچنین آمودنی‌ها نیز به صورت تصادفی در گروه جایگزین شدند، پس از آن با دستکاری متغیر مستقل، تأثیر آزمایش مورد نظر بر روی متغیر وابسته مطالعه شد (سرمد و همکاران، ۱۳۷۶؛ به نقل از عسکری جنت آبادی، ۱۳۹۱).

روش گردآوری اطلاعات

روش گردآوری اطلاعات در این پژوهش به صورت کتابخانه‌ای و برای جمع آوری داده‌ها از دو مقیاس الف: پرسش‌نامه سازگاری زناشویی (DAS)^{۱۶} و ب: فرم کوتاه پرسشنامه‌ی طرح‌واره (YSQ-SF)^{۱۷} مورد استفاده قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها و نمره‌گذاری آن‌ها، داده‌های خام استخراج شده از پرسشنامه‌ها با توجه به فرضیه‌های پژوهش و روش تحلیل داده‌ها در قالب متغیرهای پژوهش تنظیم شد. این متغیرها عبارتند از سازگاری زناشویی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش. سپس اطلاعات جمع آوری شده در حیطه آمار توصیفی و استنباطی با ابزار Spss تجزیه و تحلیل شد. نتایج در حیطه‌ی آمار توصیفی به صورت میانگین و انحراف استاندارد و در حیطه‌ی آمار استنباطی، اطلاعات از طریق روش آماری تحلیل کوواریانس، آزمون‌های همگنی و یکسانی واریانس و آزمون تعقیبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بررسی فرضیه‌ها

جدول ۱. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره عضویت گروهی بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی

| ضریب اتا | متغیر وابسته | منبع تغییر | DF | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری |
|----------|----------------|-------------|----|-----------------|---------|---------------|
| ۰/۹۸ | توافق دونفره | پیش‌آزمون | ۱ | ۳۹۰۹/۳۵ | ۳۹۲۵/۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| ۰/۶۳ | | عضویت گروهی | ۳ | ۹۶/۹۵ | ۹۷/۳۴ | ۰/۰۰۱ |
| ۰/۹۴ | ابراز محبت | پیش‌آزمون | ۱ | ۲۷۴/۶۰ | ۹۴۰/۴۶ | ۰/۰۰۱ |
| ۰/۶۴ | | عضویت گروهی | ۳ | ۲۹/۴۰ | ۱۰۰/۶۸ | ۰/۰۰۱ |
| ۰/۹۸ | رضایت زناشویی | پیش‌آزمون | ۱ | ۱۳۱۵/۱۹ | ۳۳۶۹/۴۹ | ۰/۰۰۱ |
| ۰/۸۰ | | عضویت گروهی | ۳ | ۸۸/۷۲۰ | ۲۲۷/۲۹ | ۰/۰۰۱ |
| ۰/۹۸ | همبستگی دونفره | پیش‌آزمون | ۱ | ۱۰۴۴/۵۳ | ۲۸۵۳/۸۲ | ۰/۰۰۱ |
| ۰/۶۹ | | عضویت گروهی | ۳ | ۴۵/۱۹۰ | ۱۲۳/۴۶ | ۰/۰۰۱ |

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) و گروه کنترل از لحاظ مؤلفه‌های سازگاری زناشویی (توافق دو نفری، ابراز

^{۱۶} - Marital adjustment scale

^{۱۷} - Young schema questionnaire-short form

محبت، رضایت زناشویی و همبستگی دو نفره) تفاوت معناداری وجود دارد. داده‌های تحقیق در جدول فوق نشان داد که تفاوت مشاهده شده در نمره توافق دو نفری، ابراز محبت، رضایت زناشویی و همبستگی دو نفره از نظر آماری معنادار است و میزان این مؤلفه‌ها در گروه آزمایش در پس‌آزمون به طور معناداری از گروه کنترل بیشتر است. همانطور که مشاهده می‌شود بین دو گروه در نمرات پس‌آزمون توافق دو نفره ($F=97/34, P<0/01$)، ابراز محبت ($F=100/68, P<0/01$)، رضایت زناشویی ($F=227/29, P<0/01$) و همبستگی دونفره ($F=123/46, P<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابر این گروه آزمایش توانسته بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی اثرگذار باشد.

فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی اثر بخش می‌باشد. با توجه به اطلاعات جدول ۱ این فرضیه تأیید شد. بنابراین روش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی (رضایت زناشویی، توافق دو نفره، همبستگی دو نفره، ابراز محبت) مؤثر بود. و باعث افزایش سازگاری زناشویی شد.

جدول ۲. آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره عضویت گروهی بر مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

| متغیر وابسته | منبع تغییر | DF | میانگین مجزورات | F | سطح معنی داری | ضریب اتا |
|-------------------------|-------------|----|-----------------|--------|---------------|----------|
| محدودیت‌های مختل | پیش‌آزمون | ۱ | ۱۶۰/۸۷ | ۲۲۲/۶۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۲ |
| | عضویت گروهی | ۳ | ۳/۳۵ | ۱۴/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱ |
| طرد و بریدگی | پیش‌آزمون | ۱ | ۲۱۱/۴۵ | ۱۳۱/۶۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| | عضویت گروهی | ۳ | ۳/۵۸ | ۱۱/۰۲۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷ |
| خودگردانی و عملکرد مختل | پیش‌آزمون | ۱ | ۱۲۱/۴۴ | ۹۶/۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸ |
| | عضویت گروهی | ۳ | ۲/۷۶ | ۷/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۹ |
| دیگر جهت مندی | پیش‌آزمون | ۱ | ۲۰۳/۰۸ | ۸۹/۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷ |
| | عضویت گروهی | ۳ | ۴/۸۳ | ۴/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۵ |
| گوش به زنگی بیش از حد | پیش‌آزمون | ۱ | ۳۲۵/۵۶ | ۱۵۲/۲۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ |
| | عضویت گروهی | ۳ | ۵/۳۷ | ۷/۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۴ |

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) و گروه کنترل در دو مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد) تفاوت معنی داری وجود دارد. داده‌های تحقیق در جدول فوق نشان داد که تفاوت مشاهده شده در نمره مؤلفه‌های محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد از نظر آماری معنادار است و میزان این مؤلفه‌ها در گروه آزمایش در پس‌آزمون به طور معنی داری از گروه کنترل بیشتر است. همانطور که مشاهده می‌شود بین دو گروه در نمرات پس‌آزمون محدودیت‌های مختل ($F=14/36, P<0/01$)، طرد و بریدگی ($F=11/024, P<0/01$)، خودگردانی و

عملکرد مختل ($P < 0.01$, $F = 7/23$)، دیگر جهتمندی ($P < 0.01$, $F = 4/76$) و گوش به زنگی بیش از حد ($P < 0.01$, $F = 7/16$) تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابر این گروه آزمایشی توانست بر مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثرگذار باشد.

فرضیه دوم: درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثر بخش می‌باشد. با توجه به اطلاعات جدول ۸-۴ این فرضیه تأیید شد. بنابرین هر روش درمانی (پذیرش و تعهد درمانی) بر مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (محدودیت‌های مختل، طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهتمندی و گوش به زنگی بیش از حد) مؤثر بودند. و باعث کاهش این مؤلفه‌ها شدند.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی اثر بخش است.

طبق این یافته، درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حد زیادی توانسته است مؤلفه‌های سازگاری زناشویی را افزایش دهد. در واقع روش درمانی توانست سازگاری زناشویی مطلوب در گروه آزمایشی ایجاد کند. بنابراین نتیجه این فرضیه با یافته‌های قوچان عتیق و سرایی (۱۳۹۵)، کاوسیان، حریفی و کریمی (۱۳۹۶)، جعفری (۱۳۹۵)، هنرپروران (۲۰۱۵)، ساکسنا و شاه^{۱۸} (۲۰۱۱)، نیوا^{۱۹} (۲۰۱۷)، جانسون^{۲۰} (۲۰۱۱)، پترسون، ایفرت، فینگلد و داویدسون (۲۰۰۹)، هربرت، استوری و ویلسون^{۲۱} (۲۰۱۵)، روزبھی، روستایی و روئین تن (۱۳۹۴)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۱)، عبدی قزلجه (۱۳۹۶)، زنگنه مطلق، بنی جمالی، احدی و حاتمی (۱۳۹۶) همسو می‌باشد.

با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده و نتیجه تحقیق حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی مؤثر و اثر بخش هستند. بنابراین روش درمان (ACT) می‌تواند روش درمانی مؤثری برای زوجین باشد و باعث افزایش سازگاری زناشویی میشود

در تبیین کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر سازگاری زناشویی، می‌توان گفت که مطابق نظریه‌های مربوطه، تغییرات در زمینه سازگاری و رضایت زناشویی هنگامی رخ می‌دهد که زوجها به رویدادهای خصوصی درونی‌شان همراه با ناهم جوشی فزاینده‌ای واکنش نشان دهند. در نهایت، این ناهم جوشی، درگیری هر یک از آنها را با افکار منفی کاهش داده و پذیرش را افزایش می‌دهد، به طوری که ماهیت منفی و فراگیر الگوی روابط و رفتارها کاهش می‌یابد. افزایش در ناهم جوشی شناختی و پذیرش، علاوه بر اینکه می‌تواند از طریق کاهش نشانه‌های اضطرابی و نگرانی، به بهبود روابط زوجها کمک نماید، احتمالاً به آنها کمک می‌کند تا مشاهده گر واکنش‌های رابطه‌های منفی باشند و بنابراین از الگوی اجتناب و رفتارهای متعارض خلاص شوند (هیز و همکاران، ۱۹۹۶).

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثر بخش است.

طبق این یافته، درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حد زیادی توانسته است از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بکاهد. بنابراین نتیجه این فرضیه با یافته‌های نریمانی، عباسی، بگیان و بختی (۱۳۹۲)، روزبھی، کیخسروانی و دیره (۱۳۹۵)، ارجمند قجور

¹⁸- Saxena & Shah

¹⁹- Niva

²⁰- janson

²¹ - Hulbert, Storey & Wilson

و اقبالی (۱۳۹۷)، بل و سسرو (۲۰۰۱)، بروتچی، میر، کولپو، کیدنی و والر (۲۰۰۴)، منشی، زارعی و جعفری ولدانی (۱۳۹۶)، عبدی قزljه (۱۳۹۶) و روزبهی و همکاران (۱۳۹۶) همسو می‌باشد.

باتوجه به نتایج تحقیقات انجام شده و نتیجه تحقیق حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه موثر و تاثیرگذار است بنابراین درمان (ACT) می‌تواند روش درمانی موثری برای زوجین باشد و باعث کاهش طرح‌واره ناسازگار اولیه شود

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مردان معتاد تحت درمان شده است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، که به باور یانگ (۱۳۸۴) طرح‌واره‌ها هسته خودپنداره هر فرد را شکل می‌دهند و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند و این طرح‌واره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب پذیر کنند. در واقع طرح‌واره‌ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می‌شوند. به این ترتیب طرح‌واره‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند، ادراکی که به دلیل ماهیت خود تداوم بخش طرح‌واره‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). ساختارهای شناختی، بنیان تفکر و رفتار افراد را سازمان می‌دهند. ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرح‌واره‌ها هستند. از جمله رویکردهای روانشناختی که می‌تواند بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار مؤثر باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان به افراد معتاد تحت درمان این فرصت را داد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی خود بدون یک دید قضاوت‌گرانه بپردازند. درمانگر در این درمان سعی کرد بیماران با قبول مسولیت توسط خودش به سمت هوشیاری کامل و شناسایی طرح‌واره‌ها گام بردارند. درمانگر در این درمان تلاش کرد با تشویق افراد تحت درمان، افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند بدون آنکه آن‌ها را سرکوب کنند. بدین ترتیب اعضای گروه توانستن به کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار خود و مؤلفه‌های آن کمک کنند.

پیشنهاد‌های پژوهشی

با توجه به محدودیت‌ها و همچنین نتایج و یافته‌های تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌شود روانشناسان و پژوهشگران حوزه‌ی خانواده در پژوهش‌های آتی خود، موارد زیر را مورد توجه قرار دهند:

- بررسی متغیرهای پیشنهادی این پژوهش در گروه‌های فرهنگی و قومی مختلف از پیشنهاد‌های پژوهش حاضر می‌باشد.
- بنابر این پیشنهاد می‌شود جهت افزایش محدوددهی تعمیم پذیری یافته‌ها، این پژوهش در نمونه‌ی وسیع‌تر و جوامع دیگر نیز تکرار شود.
- در صورتی که امکان پیگیری نتایج درمان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در دوره زمانی بلند مدت (۳ ماه و ۶ ماه) وجود داشته باشد، احتمالاً با قابلیت بیشتری می‌توان از کارایی این رویکرد درمانی در درمان سخن گفت. لذا افزودن دوره پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثرات درمان نیز توصیه می‌شود.
- با توجه به نتایج به دست آمده در خصوص اثربخش بودن روش درمانی به نظر می‌رسد که استفاده از این رویکرد درمانی در مراکز درمانی و کلیه مراکزی که با افراد معتاد تحت درمان در ارتباط هستند می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد. بنابراین با توجه به تأثیر این رویکرد مشاوران، روانشناسان و متخصصان در زمینه روش درمانی مؤثر به این درمان توجه نمایند.

- برگزاری کارگاه‌ها و همایش‌های آموزشی متعدد در مراکز علمی و آموزشی برای آشنایی و استفاده بیشتر از فنون این رویکردهای درمانی برای جامعه‌های مختلف نیز توصیه می‌شود.
- با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر فقط مردان بودند لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهشی بر روی هر دو جنس انجام شود تا تأثیر رویکردهای درمانی حاضر و متغیرهای تحقیق به طور مؤثرتر ارزیابی شوند.

پیشنهاد‌های کاربردی

- ❖ برای کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توان به آموزش و اصلاح این طرح‌واره‌ها کمک کرد. پس روانشناسان و درمانگران حیطه‌ی خانواده می‌توانند با توجه به اثر درمان گروهی تعهد و پذیرش درمانی در فرایند درمان گام بردارند. بنابراین به درمانگران حوزه‌ی خانواده و زوج درمانگران پیشنهاد می‌شود که ضمن پرداختن به درمانگری به صورت انفرادی، فضا و مکانی را تدارک ببینند تا مراجعین دچار اعتیاد به صورت گروهی و تعاملی با هم نشسته و با کمک یک پروتکل غنی و جامع مبتنی بر رویکرد تعهد و پذیرش درمانی به آموزش آن بپردازند.
- ❖ با توجه به نتایج حاصل شده که نشان می‌دهد رویکردهای درمانی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در سازگاری زناشویی افراد معتاد تأثیر معناداری دارد و از آنجایی که در حال حاضر در جامعه ما آمار خیانت و طلاق به علت اعتیاد یکی از همسران رو به افزایش است، می‌توان با ارائه آموزش‌هایی در این زمینه به زوج‌ها کمک کرد تا از روابط زوجی خود لذت بیشتری کسب نمایند و میزان سازگاری زناشویی‌شان افزایش یابد.

منابع فارسی:

۱. ارجمند فجور، کیومرث؛ اقبالی، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به مت‌آفتمین. رویش روان‌شناسی، سال هفتم، شماره ۱، ص ۳۱-۶۷.
۲. اسماعیل پور، خلیل. خواجه، وجیهه مهدوی، نفیسه. (۱۳۹۲). پیش‌بینی رضایت زناشویی همسران بر اساس باورهای ارتباطی و مهارت‌های ارتباطی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال ۹، شماره ۲۳، صص ۲۹-۴۴.
۳. اصلانی، خالد. (۱۳۸۳). نقش مهارت‌های ارتباطی بر کارآیی خانوادگی دانشجویان متأهل. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۴، شماره ۱۴.
۴. اویسی، عباسعلی (۱۳۹۱). مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مردان وابسته و غیر وابسته به مواد اپیوئیدی شهر زاهدان. مجله اصول بهداشت روانی، دوره ۱۴، شماره ۵۴، صص ۷۱-۱۶۴.
۵. افقه، سوسن. خلیلان، علیرضا. (۱۳۷۵). بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به مواد افیونی در استان مازندران، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مازندران، سال ششم، شماره ۱۲، صص ۲۹-۲۵.
۶. امانی، احمد. ثنایی ذاکر، باقر؛ نظری علی محمد؛ نامداری پژمان، مهدی. (۱۳۹۰). اثربخشی دو رویکرد طرح‌واره درمانی و دلبستگی درمانی بر سب‌کهای دلبستگی در دانشجویان مرحله عقد. فصل‌نامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، سال اول، شماره ۲.

۷. باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان؛ هولی، جیل. (۱۳۹۰). آسیب شناسی روانی (ترجمه یحیی سید محمدی). جلد دوم. تهران: انتشارات ارسباران
۸. برژه، ژان. (۱۳۶۸). اعتیاد و شخصیت (ترجمه طوفان گرگانی). سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.
۹. پور نقاش تهرانی، سعید؛ تیموری، زهره، رضازاده، محمد. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای تعیین میزان سازگاری زناشویی در معتادان تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد، فصلنامه اعتیاد پژوهش سو مصرف مواد، سال ششم، شماره ۸.
۱۰. پورحسین، ا. صفروند، ا. عزیزپور، م. (۱۳۹۰). بررسی عوامل مؤثر بر گرایش جوانان و نوجوانان حاشیه نشین به مواد مخدر مشکین شهر. همایش ملی اعتیاد، دانشگاه آزاد اسلامی. واحد ابهر.
۱۱. تابع بردبار، فریبا. (۱۳۹۲). فراتحلیل اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در درمان سوءمصرف-مواد و سلامت عمومی افراد وابسته به مواد مخدر، مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، سال چهارم، شماره ۱۴، ۱۲-۱.
۱۲. تیرگری، عبدالحکیم. (۱۳۸۳). هوش هیجانی و سلامت روان: رویکردها، راهبردها و برنامه‌های پیشگیر در بهسازی زندگی زناشویی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۴، شماره ۱۴، صص ۱۰۲-۸۵.
۱۳. ثنایی، باقر؛ علاقه بند، ستیلا؛ فلاحتی، مطهره؛ هومن، عباس. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
۱۴. جعفری، اکبر (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، افزایش سازگاری زناشویی و تاب آوری همسران جانبازان شهرستان نجف آباد. سلامت و مراقبت، سال هیجدهم، شماره چهارم، صص ۷۴-۵۹.
۱۵. جعفری، علیرضا. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی پیش از ازدواج بر افزایش رضایت مندی زناشویی پس از ازدواج. فصلنامه علوم رفتاری، سال اول، شماره ۲، صص ۵۱-۳۱.
۱۶. حجتی، حمید؛ آلوستانی، سودابه؛ آخوند زاده، گلپهار؛ حیدری، بهروز؛ شریف نیا، حمید. (۱۳۸۹). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۳ (۱۸)، ۲۱۷-۲۰۷.
۱۷. حدادی، روح‌الله؛ رستمی، رضا؛ رحیمی نژاد، عباس؛ اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک، فصلنامه اعتیاد پژوهی سو مصرف مواد، سال چهارم، شماره ۱۸.
۱۸. حیدر نیا، احمد؛ چرخیان، امیر. (۱۳۸۶). کیفیت رابطه ولی فرزندی نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۶ (۲۵)، ۵۷-۳۹.
۱۹. رجبی، غلامرضا؛ ایمانی، مهدی؛ خجسته مهر، رضا؛ بیرامی، منصور؛ بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۱). بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر، تحقیقات علوم رفتاری، دوره یازدهم، شماره ۶.
۲۰. رضازاده، سم. (۱۳۸۷). رابطه مهارت‌های ارتباطی و سازگاری زناشویی دانشجویان. دوفصلنامه روانشناسی معاصر، دوره ۳، شماره ۱، صص ۵۰-۴۲.
۲۱. رفیعی، حسن؛ سمیعی، ماجد؛ رضاعی، فرزین. (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی کاپلان، ۱۳۷۹، انتشارات بشری، تهران
۲۲. روحانی، عباس؛ معنوی پور، داوود. (۱۳۸۷). رابطه عمل به باورهای دینی با شادکامی و رضایت زناشویی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه. دانش و پژوهش در روانشناسی، سال، شماره ۳۵، صص ۲۰۶-۱۸۹.

۲۳. روزبهی، مهران؛ کیخسروانی، مولود؛ دیره، عزت (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز. سومین کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز، با همکاری مشترک دانشگاه علمی کاربردی آذین شوشتر- دانشگاه زرقان- واحد پژوهش دانش پژوهان همایش آفرین.
۲۴. روزنهان، دیوید؛ سلیگمن، مارتین. (۱۳۸۶). آسیب شناسی روانی (ترجمه سید محمدی). تهران: نشر ساوالان.
۲۵. زرین کلک، حمید رضا. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مؤلفه‌های تاب آوری بر کاهش اعتیاد پذیری و تغییر نگرش دانش آموزان مقطع متوسطه ساکن در حومه شهر تهران نسبت به مصرف مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
۲۶. ساراسون و ساراسون. (۱۳۷۷). روانشناسی مرضی. ترجمه: ب. نجاریان و همکاران، جلد اول تهران: انتشارات رشد.
۲۷. سموعی، راحله؛ منشی، غلامرضا؛ والیانی، محبوبه. (۱۳۸۱). نقش آموزش مهارت‌های زندگی در پیشگیری از اعتیاد جوانان شهر اصفهان. مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان و راهکارهای پیشگیری. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان.
۲۸. سیاروچی، ژوزف وی؛ بیلی، آن (۲۰۰۸). راهنمایی‌های حرفه‌ای CBT برای ACT (چگونه شکاف میان درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را پر کنیم؟). ترجمه: روزبهی، مهران؛ محسنی، شیلا؛ همام زاکری لنگرودی، آرزو؛ مظاهری، یاسر (۱۳۹۵). شیراز: نشر کتیبه نوین.
۲۹. سیف، علی. (۱۳۷۴). تغییر رفتار و رفتار درمانی (نظریه‌ها و روشها). تهران: نشر دانا.
۳۰. شاکریان، عطا؛ نظری، علی محمد؛ ابراهیمی، پاینار. فاطمی، عادل. دانایی، صبا. (۱۳۹۱). ارتباط شباهت و تضاد در ویژگی‌های شخصیتی با سازگاری زناشویی. مجله علوم رفتاری، دوره ۶، شماره ۳، صص ۲۴۵-۲۵۱.
۳۱. شاملو، سعید. (۱۳۸۰). آسیب شناسی روانی. تهران: رشد.
۳۲. شفیق آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا. (۱۳۶۵). نظریه‌های مشاوره و روند درمانی. تهران: نشر دانشگاهی.
۳۳. شمس اسفند آباد، حسن؛ نژاد نادری، سمیرا. (۱۳۸۸). بررسی مقایسه کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در افراد معتاد و غیر معتاد شهر کرمان. فصلنامه مطالعات روانشناختی. ۱، ۱۵۹-۱۳۲.
۳۴. صداقت، کامران؛ پورلطف الهی، نازلی. (۱۳۸۸). بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی با سازگاری زناشویی زنان شاغل شهر تبریز. جامعه شناسی، سال اول، شماره سوم، صص ۷۳-۹۰.
۳۵. صفری، فاطمه. (۱۳۸۲). اعتیاد زنان، فصلنامه علمی پژوهشی سو مصرف مواد، سال اول، شماره ۲.
۳۶. طاهری راد، محسن. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش غنی سازی ارتباط بر سازگاری زناشویی زوجها. پایان نامه کارشناسی ارشد. کرج. دانشگاه خوارزمی.
۳۷. علیپور، احمد؛ رحیمی، افسانه؛ زارع، حسین. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سلامت روان و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور استان تهران. مجله پزشکی ارومیه، ۷، ۵۵۷-۵۶۵.
۳۸. غلامی، محمد. (۱۳۸۸). آخرین گزارش وضعیت اعتیاد در ایران. فصلنامه حکیم، ۹، ۷۳-۵۹.
۳۹. فلاح زاده هاجر؛ ثنایی، باقر. (۱۳۹۱). تعیین میزان اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی سیستمی تلفیقی در افزایش سازگاری زناشویی زوج های دارای صدمه دل بستگی. مطالعات اجتماعی-روانشناختی زنان، دوره ۱۰، شماره ۴، ۱۱۰-۸۷.

۴۰. قمری، محمد. (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و رابطه این متغیرها در بین افراد معتاد و غیر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۵ (۱۸)، ۶۸-۵۵.
۴۱. قوچان عتیق؛ سرایی، فاطمه (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان. دوره ۱۸، ویژه نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی، ص ۵۳۳-۵۲۷.
۴۲. کاوسیان، جواد؛ حریفی، حسینی؛ کریمی، کامبیز (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی زوج‌ها. سلامت و مراقبت، جلد ۱۹، شماره ۱، ص ۷۵-۸۷.
۴۳. کرینیک، آن؛ دیویسون، جیرالد؛ نیلوجان، ام. جانسون، شرلی. (۱۳۸۸). آسیب‌شناسی روانی (ترجمه حمید شمسی پور). تهران: ارجمند.
۴۴. کیانی، احمد؛ قاسمی، نظام‌الدین؛ پورعباس، علی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه، فصلنامه اعتیاد پژوهی سو مصرف مواد، سال ششم، شماره ۲۴.
۴۵. گل پرور، محسن؛ طاهری زاده، ژاله؛ اسماعیلی، رضا. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روانی-شخصیتی زوج‌ها ناسازگار و سازگاری زناشویی آن‌ها در ایران و تورنتو. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال ۷، شماره ۲۶، ص ۲۳۹-۲۲۳.
۴۶. گلد فرید، ام. دیویسون، جی سی. (۱۳۷۱). رفتار درمانی بالینی. ترجمه: ا.احمدی علون آبادی. تهران: انتشارات ارجمند.
۴۷. گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۳). جامعه‌شناسی (ترجمه منوچهر صبوری). تهران: نشر نی.
۴۸. لانگ، لین آل؛ یانگ، مارک. (۱۳۹۲). مشاوره و درمان مسائل زن و شوهری، ترجمه نظری، علی محمد؛ خدادادی، جواد؛ اسدی، مسعود؛ ناموران، کبری؛ صاحب‌دل، حسین، نشر آوای نور.
۴۹. محمدی، قادر (۱۳۹۶). تأثیر آرام‌سازی عضلانی بر رضایت زناشویی در بیماران وابسته به اعتیاد. هفتمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران. تهران، ایران.
۵۰. معلمی، صدیقه؛ رقیبی، مهوش؛ سالاری درگی، زهره. (۱۳۸۹). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸(۳)، ۲۴۲-۲۳۵.
۵۱. ملازاده، جواد؛ عاشوری، احمد. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد، دوماهنامه علمی - پژوهشی دانش و رفتار، سال سوم، شماره ۴.
۵۲. ملازاده، جواد؛ منصور، محمود؛ اژه‌ای، جواد؛ کیامنش، علیرضا. (۱۳۸۱). سبک‌های رویاگری و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. مجله روانشناسی، سال ۶، شماره ۳، ۲۷۵-۲۵۵.
۵۳. ممتاز، فریده (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعی، نظریه‌ها و دیدگاه‌ها. چاپ اول، تهران: شرکت سهامی انتشار.
۵۴. ممتازی، سعید. (۱۳۸۲). خانواده و اعتیاد. زنجان: مهدیس.
۵۵. منجزی، فرزانه؛ شفیع آبادی، عبدالله. سودانی، منصور. (۱۳۹۰). بررسی اثر ارتباط اسلامی و نگرش‌های مذهبی بر بهبود رضایت زناشویی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۰، شماره ۱، صص ۳۷-۳۰.
۵۶. نجاریان پور، سمانه؛ فاتحی زاده، محمود؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر شناخت درمانی معنوی بر سازگاری زناشویی زوجین شهر اصفهان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال دوم، شماره ۶، ۱۰۵-۹۱.

۵۷. نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ بختی، مجتبی. (۱۳۹۲)، مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرح واردهای ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، سال چهارم، شماره ۱.
۵۸. نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان، محمد جواد؛ بختی، مجتبی (۱۳۹۲)، مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرح واردهای ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، دوره ۴، شماره ۱ - شماره پیاپی ۱۳، صفحه ۲۹-۱.
۵۹. هالچین، ریچارد؛ ویتبورن، سوزان کراس. (۲۰۰۳). آسیب شناسی روانی، جلد ۲، ترجمه سید محمدی، یحیی (۱۳۸۴)، تهران، انتشارات روان.
۶۰. هاوتون، کرک، سالکووس کیس، کلارک، (۱۳۷۶) راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی، مترجم: دکتر حبیب الله قاسم زاده، انتشارات ارجمند.
۶۱. هاوتون، کرک، سالکووس کیس، کلارک، (۱۳۸۸)، رفتار درمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلالات درمانی)، ترجمه دکتر حبیب الله قاسم زاده، تهران: نشر ارجمند، جلد دوم.
۶۲. یارمحمدیان، احمد؛ بنکدار هاشمی، نازنین؛ عسگری، کریم. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش هوش هیجانی و مهارت‌های زندگی بر سازگاری زناشویی زوج‌های جوان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، سال ۱۲، شماره ۲، ۱۲-۳.

منابع غیر فارسی:

1. Adams, T. Bezner, J. Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11(3): 208-218.
2. Alayi, Z. AhmadiGatab, T. Babaei Zad Khamen, A. (2011). Relation between communication skills and marital-adaptability among university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1959 – 1963.
3. Anderson, t. l. (1995). To warda preliminary macrotheory of drug addiction. *journal of deviant behavior*. 16, 353-372.
4. Ayse Gurel, N. (2009). *effects of thinking styles and Gender on psychological well- Bing*. (Master's thesis).retrieved from <http://www.lib.metu.edu.tr/etd/>.
5. Beck, AT. Rush, AJ. Shau, BF. Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy Of Depression – Guilford*, Newyork.
6. Brown, KW. Ryan, RM. (2003). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84: 822-848.
7. Cheng, CC. (2010). A study of inter-cultural marital conflict and satisfaction in Taiwan. *International Journal of Intercultural Relations*. 34, 354-362.
8. Chow H. (2007). Psychological well-being and scholastic achievement among university students in a Canadian prairie city. *Journal of Social Psycho Education*. 10:483-93.

9. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. (2011). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *J Consult Clin Psychol*; 72(2): 176-91.
10. Cleary, B. Renay, P. Friend, D J. Gottman J M. (2011). Supporting Healthy Relationships in Low-Income, Violent Couples: Reducing Conflict and Strengthening Relationship Skills and Satisfaction. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*. 10: 2, pages 97-116.
11. Cloninger, C. (2004). *Feeling Good: The Science of Well- Being*. New York: Oxford University Press.
12. Curry, JF. Wells, KC. Lochman, JE. Craighead, WE. Nagy, PD. (2001). Group and family cognitive Behavioral therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral practice*; 367-376.
13. Dattilio FM. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; (58): 535-547.
14. Deci E L. Ryan R M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49: 14-23.
15. Diener B.R., Diener E.D., Tamir M. (2004). The psychology of subjective well-being. *Daedalus Boston*, 133: 18-24.
16. Diener E. Suh E. & Oishi S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24: 25-41.
17. Diener E. Suh E. Oishi S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24: 25-41.
18. Diner ED. Oishi S. Lucas RE. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review of Psychology*, 54: 403-425.
19. Domar, AD. Zuttermeister PC. Friedman R. (2006). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 14(6): 45 -52.
20. Ellis A. (1999). Rational-Emotive Behavior Therapy and cognitive Behavior Therapy for Elderly Oeopl, *Journal of Rational Emotive & Cognitive- Behavior Therapy*; 17, 5-18.
21. Feros, D. L. Lane, L. Ciarrochi, J. Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
22. Forman, E. M. Herbert, J. & Moitra, E. (2009). A randomized controlled effective of acceptance and commitment therapy & cognitive therapy for anxiety & depression. *Journal of Behavior Modification*. 31 (6), 772-799.
23. Gibson, DM. Mayers, JE. Gender I. (2008). A relational approach to counseling women. *J Couns Dev*, 78(8):36-45.
24. Graham, d. (2008). psychopathology: research assessment and treatment in clinical. *psychology American educational research journal*, 39, 651-668.

25. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and Clinical Psychology*;64(6):1152-68.
26. 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: 1-25.
27. Hayes, S. C. Pistorello, J. Bigland, A. (2008). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. *Journal of Behavior and Cognitive therapy*. X, (1), 81-102.
28. Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma,J.,& Guerrero, L.F. (2004). DBT,FAP,ACT: How Emirically Oriented are the New Behavior Therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35,35-54.
29. Hayes, SC. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*,35,639-665.
30. Hayes, SC. Bissett, RT. Korn, Z. Zettle, RD. Rosenfarb, IS. Cooper, LD. (1999). The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record*. 49(1): 33-47.
31. Hayes, SC. Strosahl, KD. Wilson, KG. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd ed. New York, NY: Guilford; p.165-171.
32. Heshmati, R. Hoseinifar. J., Rezaeinejad. S., Miri. M. (2010). Sensation Seeking and marital adjustment in handicapped veterans suffering from PTSD, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1783–1787.
33. Honarparvaran, N,. (2015). HTHE EFFICACY OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) ON FORGIVENESS AND MARITAL ADJUSTMENT AMONG WOMEN DAMAGED BY MARITAL INFIDELITY. *SOCIOLOGY OF WOMEN*, Volume 5 , Number 3 (19).
34. Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 24(1), 15-27.
35. Humbad, M, N. Donnellan, M, B. Iacono, WG. McGue, M. Burt, A. (2013).Quantifying The Association between Personality Similarity and Marital Adjustment Using Profile Correlations: A Cautionary Tale. *Journal of Research in Personality* 47, 97–106.
36. Janson, K,. (2011). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Depression in Women with Marital Conflicts. *Journal of War & Public Health*, 34, 166-185.
37. Keyes CL. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*. 62: 95-108.
38. Keyes L. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 82(6) :1007–1022.

39. Latifses, V. Estroff, D B. Field, T. Bush, J P. (2005). Fathers massaging and relaxing their pregnan wives lowered anxiety and facilitate marital adjustment, *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 9, 277–282.
40. Lee, V, Cohen, S. R, Edgar, L, Laizner, A. M & Gagnon A. J, (2010). "Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy," *Social Science & Medicine*, 62 (4): 3133–3145.
41. Lopez, J L. Riggs, S A. Pollard, S E. Hook, J N. (2011). Religious Commitment, Adult Attachment, and Marital Adjustment in Newly Married Couples. *Journal of Family Psychology*, Vol. 25, No. 2, 301–309.
42. Lucas RE. Fujita F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79: 1039-1056.
43. Negovan, V. (2010). Dimensions of students “spychosocial well-being and their measurement: Validation of a students” Psychosocial Well-Being Inventory. *Europens. Journal of Psychology*, 2: 85-104.
44. Newcomb, MD. (1995). identifying high-risk youth:prevalence and patterns of adolescent drug abuse. *adolescent drug abuse*,54,17-38.
45. Nezu, AM, Nezu, CM, Lombardo, ER. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach*. New York, NY: Springer Publishing Company.
46. Niva, M,. (2017). EFFECTIVENESS OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS, MARITAL SATISFACTION AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH MULTIPLE SCLEROSIS. *JOURNAL OF HEALTH AND CARE*, Volume 19 , Number 1; Page(s) 7 To 17.
47. Noble,EP. (2003). d2 dopamine receptor gene in psychiatric and neurologic disorder and phenotypes.*american journal of medical genetic*, 33,103-125.
48. Orsillo, S.M.,&Batten,S.V. (2005)..Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Modification*, 29, 95-129 Psychol 1990; 63: 73-80.
49. Ostafin, B.D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T.M., Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. (2006). Acceptance and Commitment Training and the Reduction of Psychological Distress: A Preliminary Study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 13: 191-197.
50. 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, 430–442.
51. Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 55-60.
52. Roemer, L. Orsillo, SM. (2007). An Open trial of an acceptance– based behavior therapy for generalized anxiety Disorder. *Journal of Behaviour Therapy*. Vol 38. Issue1.75-82.
53. Ryff, C D. (1998). Possible Selves in adulthood and old age: A Table of shifting horizons. *Psychology and aging*, 6: 286-295.

54. Ryff, C D. Singer B H. Love GD. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359: 1383-1394.
55. Ryff, C D. Singer B H. (2008). Know thyself and become what you are :A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9: 13-39.
56. Ryff, C D. Singer, B H. (2008). Know thyself and become what you are :A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9: 13-39.
57. Ryff, CD. Keyse CLM. (2002). Optimal well-being: Empirical encounter of two tradition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82:1007-1027.
58. Ryff, CD. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science.*; 4(4): 99-104.
59. Sadock, BJ. Sadock, VA, Ruiz P. (2009). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. *Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins:353-7.*
60. Saxena, P., & Shah, A. (2011). Marital commitment and marital quality in spouses of patients with psychiatric disorders. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 27, 184-191.
61. Segal, ZV. Williams, JMG. Teasdale, JD. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* 2nd ed. New York:Guilford Press;p.182-183.
62. Shorey, R C. Stuart, G L. Anderson, S. & Strong, D R. (2013). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Clinical Psychology*, 69, 9, 912- 922.
63. Sinha, SP. Mukergee, N. (2001). Marital Adjustment and Personal Space Orientation. *The Journal of Social Psychology*, V 130, No 5, pg 633-639.
64. Thimm, JC. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
65. Wegscheider, C S. (1994). addiction and the family. family vecon struction, the living theater model. *Journal of adolescent research*, 12, 56-70.
66. Wells, A. (2006). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy.
67. Young JE. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders (Cognitive Therapy for Personality Disorders): A schema focused approach*, 3th Professional resource press.
68. Young, JE. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders:A Schema focused approach.*Sorasota,Proffetional resource press.