Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 1/ Spring 2018
Page: 42-64

Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict and optimism in married women visited the counseling center of Imam Khomeini Relief Foundation in Kermanshah

Ahmad Amani[1], Omid Isanejad[2], Elahe Alipour[3*]
1. Associate. Prof, Department of Counseling, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
2. Assist. Prof, Department of Counseling, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
3. Master of Family Counseling. Department of Counseling, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
(Corresponding Author)

ABSTRACT

Aim: The study aimed at determining the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict, and optimism.

Methodology: The study was formed of quasi-experimental design with pretest-posttest and follow-up. 24 married women with marital problems who visited the counseling center of Imam Khomeini Relief Foundation were selected and randomized into control and experimental groups based on group counseling standards (n=12 for each group). Research tools were Marital Satisfaction Inventory-Revised (MSI-R), Marital Conflict Questionnaire-Revised (R-MCQ), and Life Orientation Test- Revised (LOT-R). The experimental group participated in ten ACT group sessions. After the ending a posttest was carried out in both groups. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was performed to analyze the data.

Findings: The results of the study showed that acceptance and commitment group therap At the post-test and follow-up stage cause reduces marital distress and marital conflict and increases the optimism. so acceptance and commitment group therapy is effective on marital distress ($P<0.05$), marital conflict ($P<0.05$), and optimism ($P<0.05$).

Conclusion: The results emphasize the importance of the use of ACT group therapy in counseling centers and family education classes to solve marital problems in couples.

Keywords: Acceptance and commitment group therapy, marital distress, marital conflict, optimism

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۷
صفحات: ۶۴-۴۲

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه‌ی گروهی بر آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه

دکتر احمد امانی[1]، دکتر امید عیسی‌نژاد[2]، الهه علیپور[3]*

۱- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.
Ahmad_counsellor@yahoo.com
۲-استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.
farhangmad@gmail.com
۳-کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. (مولف مسئول).
elahealipour20@gmail. Com

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌شیوه‌ی‌گروهی بر آشفتگی‌زناشویی، تعارض-زناشویی و خوش‌بینی بود.

روش: در قالب مداخله نیمه تجربی به شیوه‌ی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری، ۲۴ زن متأهل به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان دارای مشکلات زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل و بر اساس استانداردهای مشاوره‌ی گروهی (هرکدام ۱۲ نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه-ی آشفتگی زناشویی (MSI-R)، تعارض زناشویی (R-MCQ) و جهت‌گیری به زندگی (LOT-R) بودند. گروه آزمایش مداخله درمانی در ۱۰ جلسه دریافت نمودند. پس از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش به‌خوبی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه‌ی گروهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری سبب کاهش آشفتگی زناشویی و تعارض زناشویی و افزایش خوش‌بینی شده است؛ بنابراین درمان گروهی ACT برآشفتگی زناشویی (P<۰/۰۵)، تعارض زناشویی (P<۰/۰۵) و خوش‌بینی (P<۰/۰۵) مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج بر اهمیت کاربرد این درمان در مراکز مشاوره و کلاس‌های آموزش خانواده جهت حل مشکلات زناشویی زوج‌ها تأکید دارد...

کلید واژه‌ها: درمان گروهی اکت، آشفتگی‌زناشویی، تعارض‌زناشویی و خوش‌بینی.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

مقدمه

خانواده جوهره‌ای زنده و در حال تغییر است که با استفاده از اعضای خویش و در جریان ارتباطی دائمی، تعاملی و طرح دار با یکدیگر یک کل را سازمان‌دهی می‌کند و در طول زمان و مکان گسترش می‌یابد (موسوی، رشیدی و گل‌محمدیان، ۱۳۹۵). خانواده از لحاظ قدمت، ابتدایی‌ترین و به لحاظ گستردگی، جهان شمول‌ترین نهاد اجتماعی است، این امر نشان می‌دهد که تشکیل خانواده یکی از اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شود (پارسه، نادری و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۴). اولین گام برای ارضای این نیاز اساسی و طبیعی ازدواج است. به‌رغم خوشایند بودن پیوند ازدواج، رضایت زوجین به‌آسانی به دست نمی‌آید و درنتیجه قوی‌ترین پیوند انسانی یعنی ازدواج، در مستحکم‌ترین قرارگاه آن، یعنی سامانه خانواده، در معرض خطر جدی قرار خواهد گرفت (اُپریسا و کریستیا[1]، ۲۰۱۲).

ادبیات زناشویی به طور گسترده، عوامل مؤثر در پیش بردن رفتارهای ارتباطی را مطالعه می‌کند (هامت، کاستاندا و یولاُ آ[2]، ۲۰۱۶). از مهم‌ترین ویژگی‌های زوجین متعادل، توانایی برخورد با جهان پیرامون به‌صورت مثبت و سازنده است (سلیگمن[3]، ۲۰۱۱). مطالعه بر روی خوش‌بینی را به عنوان یک سازه روان‌شناختی در قرن بیستم آغاز شد (میلیگان[4]، ۲۰۰۳). خوش‌بینی یک حالت عاطفی مثبت است که باعث می‌شود شخص در برابر اختلالات روانی با (امید و شجاعت) عمل کند (مینکیو و تاسکیو[5]، ۲۰۱۵). طبق مدل (شیر و کارور[6]، ۲۰۰۱). خوش‌بینی و بدبینی به ترتیب به‌عنوان انتظار نتایج فراگیر مثبت و منفی تعیین‌کننده‌های مهم سازگاری هستند. خوش‌بینی انتظار کلی وقوع امور خوشایند و مطلوب فراوان و امور نامطلوب کم در آینده است و به این باور مربوط می‌شود که آینده، پیامدهای مطلوبی خواهد داشت، بدون اینکه توانایی فرد برای کنترل و مواجهه با این پیامدها در نظر گرفته شود (لیونز، استوارت، آرچ‌بولد و کارتر[7]،۲۰۰۹). افراد خوش‌بین با مشکلات روانی، پزشکی و فیزیکی بهتر از افرادی که سطح پایینی از خوش‌بینی دارند روبه‌رو می‌شوند. در تجربه کار با بیماران مبتلا به صرع ثابت‌شده است که افراد خوش‌بین به منظور کاهش خطرات بیماری با مسائل مهم در زمینه سلامتی مواجه می‌شوند (مینکیو و تاسکیو[8]، ۲۰۱۵). هم‌چنین شواهد حاکی از این است که افراد خوش‌بین به طور کلی نسبت به افراد بدبین، روابط بهتری با دیگران دارند (کارور، شیر و سگرستروم[9]، ۲۰۱۰)؛ روی هم رفته در حال حاضر محققان خوش‌بینی را به‌عنوان یک منبع مفید در روابط بین فردی می‌دانند (اسد، دونلِند و کانگر، ۲۰۰۷).

هم درمانگران و هم زوج‌ها عقیده دارند که شایع‌ترین و مخرب‌ترین مشکلات در ازدواج‌های شکست‌خورده مشکلات ارتباطی است (روبرتس[10]، ۲۰۰۰). ماهیت ارتباط زناشویی سرچشمه عمده ناخشنودی و تعارضات زناشویی است (گلاسر[11]، ۱۹۹۸). عدم توافق در هر رابطه زناشویی طبیعی است اگر زوج‌ها بتوانند به شیوه‌ی مثبتی تعارضات را مدیریت کنند و توانایی حل آن را داشته باشند، وجود تعارض فراوان آسیب‌زا نیست (سیفرت و اشوارز[12]، ۲۰۱۱). رابطه تعارض و رضایت زناشویی از پیشینه پژوهشی چندین ساله‌ای برخوردار است (کمپ‌داش و

1 . Oprisan & Cristea
2. Hammett, Castañeda, & Ulloa
3. Seligman
4. Milligan
5. Mincu & Taşcu
6. Scheier & Carver
7. Lyons, Stewart, Archbold, & Carter
8 .Mincu & Taşcu
9 .Carver, Scheier, & Segerstrom
10 .Roberts
11. Glasser
12. Siffert & Schwarz

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

تایلر[1]، ۲۰۱۲). تعارضات‌زناشویی یکی از مشکلات رایج زوج‌ها در دنیای امروز است (سیرز، کوهن، فرسکو، بلک و سارور[2]، ۲۰۰۱). تعارض زمانی بوجود می‌آید که زوج‌ها به دلیل همکاری و تصمیمات مشترکی که می‌گیرند، درجات مختلفی از استقلال و هم‌بستگی را نشان می‌دهند. این تفاوت‌ها را می‌توان روی یک پیوستار از تعارض خفیف تا تعارض کامل طبقه‌بندی کرد (یانگ و بانگ[3]، ۱۹۹۸). تعارض-زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش‌های ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها، طرح‌واره‌های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (گلاسه[4]، ۲۰۱۰). رایس[5] (۱۹۹۶) دو نوع تعارض را در روابط زناشویی مطرح می‌سازد: تعارض سازنده و تعارض مخرب. در تعارض سازنده تمرکز بر حل مسئله بوده و در آن نزدیکی، احترام مثبت اعتماد به یکدیگر و هیجان منفی و پاسخ کلامی اندکی بین زوجین وجود دارد. در تعارض مخرب زوجین «خود» همدیگر را به جای مسئله موردحمله قرار می‌دهند. در این تعارض از طریق سرزنش و انتقاد، هریک سعی دارند دیگری را تحت نفوذ خود درآورده و اظهارنظرهای بسیار منفی علیه یکدیگر به کار می‌برند که در این حالت ارتباط درستی بین آن‌ها برقرار نمی‌شود. در این نوع ارتباط بحث و مجادله‌های بیهوده و مخرب، بی‌اعتمادی، بی-احترامی، توهین، خصومت، دشمنی و دشنام مشاهده می‌گردد. پژوهش‌ها در زمینه تأثیرات مخرب تعارضات زناشویی نشان می‌دهد که تعارضات زناشویی تأثیرات زیان‌آوری بر سلامت، جسم، روان و خانواده دارد (فینچام و بیچ[6]، ۱۹۹۹)، هم‌چنین طبق نظریه‌ی سیستمی سیستمی خانواده، زوجین و سیستم والد- فرزندی پیش‌بینی‌کننده مهم احساسات کودکان در بزرگ‌سالی هستند برای مثال: تعارضات زناشویی می‌تواند باعث افزایش تنش، تعاملات والد- فرزندی منفی و افزایش ابتلا به دل‌بستگی ناایمن در کودکان شود (فرانکل، یوممورا، جاکوب‌ویتز و هازن[7]، ۲۰۱۵).

همبستگی مثبت بین تعارض‌زناشویی با افسردگی خانواده و مشکلات شغلی از پیامدهای روانی حاصل از اختلال و آشفتگی‌زناشویی در ازدواج است (کویی[8] و همکاران، ۱۹۹۳). به اعتقاد ویسمن، شلدون و گورینگ[9] (۲۰۰۰) بسیاری از اختلافات تحت تأثیر آشفتگی‌زناشویی به وجود می‌آیند و شیوع آن، هم در مطالعات شیوع‌شناسی اجتماعی و هم در پژوهش‌های بالینی نشان داده شده است (کریدر و جیسون[10]، ۲۰۰۲). آمار طلاق که شایع‌ترین شاخص آشفتگی-زناشویی است نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل‌دستیابی نیست و زوج‌های فراوانی درجات متفاوتی از آشفتگی و عدم رضایت را تجربه می‌کنند (هالفورد[11]، ۲۰۰۱)؛ بنابراین آشفتگی رابطه را می‌توان به صورت عملیاتی و تحت عنوان احساس نارضایتی حداقل یکی از زوجین از رابطه زناشویی تعریف کرد (ویس و هیمان[12]، ۱۹۹۷). تعریف فوق از آشفتگی رابطه، مستلزم این است که تنها یکی از زوجین احساس نارضایتی کند، نارضایتی به‌شدت از یک زوج به دیگری سرایت می‌کند (هال فورد، ۲۰۰۱). بر پایه‌ی گزارش انستیتوی ملی سلامت روان آمریکا، اختلال و آشفتگی در ازدواج عامل بسیاری از مشکلات روانی بیماران بستری در بخش روانی بیمارستان‌های آمریکا است (حسینیان و همکاران، ۱۳۸۷). بسیاری از روان-

1. Kamp Dush & Taylor
2. Sayers, Kohn, Fresco, Bellack, & Sarwer
3. Young & Long
4. Glasser
5 .Rice
6. Fincham & Beach
7. Frankel, Umemura, Jacobvitz, & Hazen
8. Coie
9. Whisman, Sheldon, & Goering
10. Kreider & Jason
11 .Halford
12. Weiss & Heyman

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

شناسان و خانواده درمانگران، مهم‌ترین عامل موفق یا ناموفق بودن ازدواج را ویژگی‌های شخصیتی زوج‌ها، چگونگی تجربه‌ی کودکی و کیفیت روابط بین اعضای خانواده اصلی می‌دانند (وان‌اِپ، فوتریس، وان‌اِپ و کمپبل[1]، ۲۰۰۸). آشفتگی‌زناشویی در جنبه‌های متعددی از روابط زناشویی، همچون ارتباط عاطفی، حل‌مسأله، پرخاشگری، زمان باهم بودن، مسائل مالی، مسائل جنسی، جهت‌گیری نقش، رضایت از فرزند و تربیت فرزند اختلال ایجاد می‌کند و بسیاری از کودکان ممکن است با مشاهده‌ی تعارض‌های مزمن و شدید خانوادگی دچار برخی ویژگی‌های شخصیتی شوند که پیش‌بینی‌کننده‌ی کیفیت نامطلوب ارتباط‌های بزرگ‌سالی آن‌ها است. پژوهشگران (پودزف و ویگنولز[2]، ۲۰۰۸) طی مشاهدات خود دریافتند رفتار آینده‌ی فرزندان در زندگی خانوادگی مانند رفتار پدر و مادرشان خواهد بود و فرض انتقال بین نسلی نیز بیان‌کننده‌ی این احتمال است که نابسامانی‌های خانوادگی در نسل بعد را آسان کند (ساباتلی، بارتل-هارینگ[3]، ۲۰۰۳).

در طول چند دهه‌ی گذشته درمان زوج‌های آشفته و متعارض در بین محققان و درمانگران توجه قابل ملاحظه‌ای کسب کرده است. اگرچه اثربخشی زوج-درمانی سنتی ثابت شده است، اما نگرانی در مورد محدودیت‌های آن و حفظ تغییرات بلندمدت باعث شد که بنیان‌گذاران زوج‌درمانی سنتی یک رویکرد جدید به نام زوج‌درمانی یکپارچه نگر را به وجود آورند، اما به طور کلی هنوز هم نگرانی‌هایی در مورد اثرات درازمدت زوج درمانی وجود دارد (جانسون و لبوو[4]، ۲۰۰۰). این دلیل و دلایلی چون وجود ناهنجاری‌هایی در ادبیات موج اول و دوم رفتاردرمانی و بهبود درمان شناختی- رفتاری کلاسیک، آن هم برای تبیین آثار آشکار زبان و شناخت انسان لزوم به‌وجود آمدن موج سوم درمان‌شناختی رفتاری را نشان می‌دهد (هیز، ۲۰۱۶). نمونه‌ای از سومین موج مداخلات درمان شناختی رفتاری عبارت‌اند از: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آشفتگی، تعارض و فاصله‌ی عاطفی در زوج‌ها ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده‌ی هریک از آن‌ها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است و واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه منفی و عمل بر طبق آن‌ها چرخه روابط منفی زوج‌ها را حفظ می‌کند (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون[5]، ۲۰۰۹). 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). درمان مبتنی بر پذیرش یک نوع رفتاردرمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزاردهنده است (هیز، استروسال و ویلسون[6]، ۲۰۱۱).

هیز[7] و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که تلاش‌های ناموفق ما برای غلبه یافتن یا جلوگیری از درد و رنج منجر به ناراحتی بسیار عمیق‌تر می‌شود و تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساساتمان است که می‌توانیم زندگی‌مان را نجات دهیم و نباید با تلاش مداوم برای تبدیل کردن روابطمان به چیزهایی که نیستند، اوضاع را پیچیده‌تر کنیم. درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام

1 .Van Epp, Futris, Van Epp, & Campbell
2. Powdthavee & Vignoles
3 .Sabatelli & Bartle-Haring
4. Johnson & Lebow
5. Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson
6. Hayes, Strosahl, & Wilson
7 .Hayes

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

متعهدانه انجام دهد. شش فرایند اصلی در قالب یک فرآیند زیربنایی (انعطاف پذیری روان‌شناختی) به عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر (ACT) معرفی‌شده است که عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، عمل متعهدانه. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال کاهش رنج‌های غیرضروری زوج‌ها که ناشی از اجتناب تجربی هر یک از آن‌هاست، است. هدف اصلی درمان اکت کمک به هر یک از زن و شوهر است برای اینکه از فرآیندهای شناختی و واکنش عاطفی خود چه به تنهایی چه در رابطه‌ی دو نفره آگاه شوند، ارزش‌هایی که آن‌ها را در رابطه نگه‌داشته است را روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به طور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند (امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۳). معمولاً زوج‌ها از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد و تعارض اجتناب می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج‌ها نزدیک شدن به افکار و احساست درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش می‌دهد. به طور واضح نشان داده می‌شود که وقتی یکی از زوج‌ها ازلحاظ عاطفی و احساس آسیب و یا ناتوانی و ضعیف شدن می‌کند به فاصله‌ی عاطفی روی می‌آورد هرچند فاصله‌ی عاطفی از افراد محافظت می‌کند و امکان پریشانی عاطفی را در آینده کاهش می‌دهد. با یادگیری و مهار این افکار، پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که به طور مداوم ارتباط و صمیمیت عاطفی زوج‌ها را هدف قرار می‌دهد تمرین می‌شود. همان‌طور که زوج-ها شروع به به‌کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می-کنند بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر می‌شوند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند، به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه‌ی دو طرفه، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری برقرار کنند (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های زیادی در مورد کاربرد درمان ACT صورت گرفته است. کلان قوچان عتیق و سرایی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان پرداختند. نتایج پژوهش که بر روی ۳۰ زن صورت گرفت، نشان داد که درمان ACT تأثیر معناداری برافزایش سازگاری و رضایت از زندگی زنان داشته است. کاوسیان، حریفی و کریمی (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زوج‌ها که شامل گروه آزمایش و گواه بود به این نتیجه رسیدند که بین نمرات پس‌آزمون دو گروه در زیر مؤلفه‌های رضایت زناشویی، حل‌تعارض، کنترل و تحریف آرمانی تفاوت معنادار وجود دارد. هم‌چنین عظیمی‌فر، فاتحی‌زاده، بهرامی، احمدی و عابدی (۱۳۹۵) پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی انجام دادند. بنا بر تفاوت معنی‌دار میان موقعیت مداخله و خط پایه در نمودار داده‌ها، یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد که مداخلات زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شادی زناشویی زوجین شده‌اند. به‌علاوه تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که میان تأثیر این دو رویکر بر افزایش شادی زناشویی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. نتایج پژوهش کاتزلر[1] و

1 .Kanzler

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مداوم مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های مراقبت اولیه مؤثر است. هم‌چنین نتایج پژوهش براسینگتون، فری‌یا، یاتس، فرن، لانزا، کمپ و گیلندرز[1] (۲۰۱۶) تحت عنوان اثربخشی مداخله گروهی پذیرش و تعهد درمانی بر افراد با بیماری فیزیکی مزمن و دارای شرایط طولانی‌مدت برای سلامتی (LTC)، بهبود در علائم افسردگی، اضطراب، محدودیت‌های وضعیت سلامت و زندگی ارزشمند را نشان داد. در پژوهشی که (براون،ویتینقام، بوید، ام‌سی-کین‌لای و سوفرونف[2]، ۲۰۱۵) به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود آشفتگی روانی، انعطاف‌پذیری روانی، اعتمادبه‌نفس در مدیریت رفتار و اختلافات در زوجین دارای کودکان با آسیب مغزی اکتسابی انجام دادند، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر بوده و اثرات بهبودی آن تا ۶ ماه باقی ماند. هم‌چنین براچ، کانکر و بوسچ[3] (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای دو شیوه زوج‌درمانی سیستمی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی آشفتگی زناشویی زوج‌های ۲۰ تا ۳۰ ساله مورد مقایسه قراردادند. نتایج تحلیل مانوا نشان داد که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد تمام متغیرهای ارتباطی را بیش از زوج‌درمانی سیستمی بهبود بخشیده است. نتایج مطالعه (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹) که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در درمان زوج‌های پریشان بکار بردند، حاکی از آن بود که هر دو زوج پس از پایان درمان سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند. همچنین در مطالعه آن‌ها پریشانی بین فردی کاهش یافت و زوجین تا پایان درمان به بهبودی ادامه دادند.

با توجه به پژوهش (امان الهی و همکاران، ۱۳۹۳) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دامنه‌ی گسترده‌ای از مشکلات و مراجعان مؤثر است، اقتباس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج‌ها می-تواند نویدبخش باشد. رابطه‌ی زناشویی اگر با احساس رضایت همراه باشد تأثیر خوبی بر سلامت روان زوجین دارد. می‌توان گفت کیفیت رابطه زناشویی و ابعاد مختلف آن یکی از مهم‌ترین عوامل پایداری زندگی مشترک است. بدیهی است با گذشت زمان و مواجه شدن با چالش‌های مختلف زندگی زناشویی از میزان احساست مثبت دوران اولیه رابطه کاسته می‌شود و مهم‌تر آنکه ممکن است زوجین مهارت‌های لازم برای بهبود کیفیت رابطه زناشویی نداشته باشند؛ بنابراین این امر می‌تواند با استفاده از مشاوره‌ی زناشویی و به‌کارگیری مداخلات مؤثر تسهیل گردد. وجود مشکلات رفتاری و ارتباطی در زندگی، تأثیر نامطلوب این مشکلات در زندگی زوج‌ها و فرزندان، ضرورت شناخت و یافتن راه‌حل‌های مؤثر در کاهش تعارضات و بهبود ارتباطات نامناسب زوج‌ها از دلایلی هست که اهمیت این پژوهش را نشان می‌دهد. لذا این تحقیق هم از جنبه‌ی نظری و هم از جنبه‌ی کاربردی دارای اهمیت است. از لحاظ نظری پژوهش حاضر به افزایش دانش ما درباره‌ی نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک کند و از لحاظ کاربردی نیز این پژوهش می‌تواند به تدوین برنامه‌هایی برای برگزاری دوره‌های درمانی منجر شود؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال آن است تا نشان دهد که آیا شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برآشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زوج‌ها مؤثر است؟

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:

روش پژوهش نیمه آزمایشی است و در آن از پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه

1 .Brassington, Ferreira, Yates, Fearn, Lanza, Kemp, & Gillanders
2. Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay, & Sofronoff
3. Baruch, Kanker, & Busch

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

شامل گروه آزمایش و کنترل استفاده‌شده است و مرحله پیگیری پس از یک ماه اجراشده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل شهر کرمانشاه که در بهار سال ۹۶ به خاطر مشکلات زناشویی به مرکز مشاوره‌ی کمیته امداد مراجعه کرده‌اند. پس از بررسی و مصاحبه اولیه تعداد ۲۴ آزمودنی به صورت تصادفی بر اساس ملاک‌های ورود داشتن اختلاف زناشویی، زن بودن، متأهل بودن، ساکن شهر کرمانشاه بودن و داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج تحت درمان‌های روان‌پزشکی و مصرف‌کننده داروهای روان‌پزشکی بودن (با کمک یک روانشناس بالینی)، شرکت هم‌زمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و روان‌پزشکی، غیبت در جلسات، عدم انجام تکالیف و ابراز عدم تمایل به ادامه همکاری و بر اساس استانداردهای مشاوره‌ی گروهی (نوابی‌نژاد، ۱۳۹۱) در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. ابتدا ضمن اخذ مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش از کمیته امداد شهر کرمانشاه، ۲۴ زن متأهل به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. سپس برای گروه آزمایش جلسه درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) توسط کارشناس ارشد مشاوره آموزش‌دیده برگزار شد. در جلسه اول ابتدا اعضاء با یکدیگر آشنا شدند و قوانین گروه ازجمله اهمیت رازداری و نظم در آمدن ... بیان شد و بعد از آن پرسشنامه آشفتگی زناشویی، تعارض‌زناشویی و جهت‌گیری به زندگی برای پیش‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. سپس در جلسات دوم تا پنجم به تمرین کوتاه ذهن آگاهی، آموزش روانی ده طرح‌واره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرح‌واره تمثیل هیولا در مهمانی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای، بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و به‌کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش بر اساس تمرین هیولاها در اتوبوس، تمرکز روی گسلش شناختی و تمثیل‌های آن و در جلسات ششم تا دهم پیگیری اعمال متعهدانه، ارزیابی برچسب‌زنی‌های منفی، بررسی چگونگی انجام تکالیف درباره هدف ارزشمند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای هفته پیشرو و تمرکز بر خشم به‌عنوان یک رفتار مقابله‌ای، رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرح‌واره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل پرداخته شد. پس از پایان مداخله پرسشنامه آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و جهت‌گیری به زندگی برای پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و گواه بعد از آخرین جلسه درمان اجرا شد. هم‌چنین به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی جلسه‌های فوق‌الذکر برای گروه گواه پس از اجرای پس‌آزمون هر دو گروه اجرا شد و آن‌ها نیز از این آموزش بهره‌مند شدند و پس از گذشت یک ماه یک جلسه نیز به‌منظور انجام پیگیری نیز انجام گرفت. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS در قالب آزمون‌های آماری مرتبط (کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه آشفتگی زناشویی[1] (MSI-R): در این پژوهش، میزان آشفتگی‌زناشویی به وسیله فرم بازبینی‌شده پرسشنامه نارضایتی زناشویی اشنایدر اندازه‌گیری شده است. این پرسشنامه که به وسیله اشنایدر[2] (۱۹۹۷) ساخته شده، یک ابزار خود گزارشی ۱۵۰ سؤالی است که برای شناسایی ماهیت و میزان

1. Marital Satisfaction Inventory Revised
2. Snaydr

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

آشفتگی (نارضایتی) در روابط زناشویی مورد استفاده قرار می‌گیرد (مینز، اشنایدر و نگی[1]، ۲۰۰۳) و دارای دو خرده مقیاس روایی عدم ثبات و پایداری آزمودنی در پاسخ‌گویی (INC)[2] و قرارداد گرایی (CNV)[3]؛ یک مقیاس آشفتگی کلی (GDS)[4]؛ و ده مقیاس سنجش آشفتگی در ابعاد مختلف روابط زناشویی شامل ارتباط عاطفی (AFC)[5]؛ توانایی حل مشکل (PSC)[6]؛ پرخاشگری (AGG)[7]؛ زمان با هم بودن (TTO)[8]؛ مسائل مالی (FIN)[9]؛ مسائل جنسی (SEX)[10]؛ (SEX)[10]؛ تاریخچه مشکلات خانوادگی (FAM)[11]؛ تعارض با فرزندان (DSC)[12]؛ تعارض با یکدیگر درباره تربیت فرزند (CCR)[13] و جهت‌گیری نقش (ROR)[14] است. سؤال‌ها به صورت صفر و یک نمره‌گذاری شده است و نمره‌های مربوط به هر خرده مقیاس باهم جمع می‌شوند. در این پرسشنامه نمره بالا نشانه آشفتگی بیشتر و نمره کمتر نشانه رضایت بیشتر یا آشفتگی کمتر است.

اشنایدر دو نوع اعتبار شامل ثبات درونی و آزمون مجدد را برای پرسشنامه آشفتگی (نارضایتی) زناشویی بیان کرده که نتایج اعتبار ثبات درونی برحسب آلفای-کرونباخ، بیانگر اعتبار بالا (میانگین، ۰/۸۲) برای این آزمون است و دامنه نتایج آلفا برای مقیاس‌های مختلف نیز از ۰/۹۳ تا ۰/۷۰ بوده است. وی همچنین پنج نوع روایی تجربی، عاملی، پیش‌بین، تشخیص یا واگرا و همگرا را برای پرسشنامه مورداستفاده قرار داده است.

نتایج مربوط به اعتبار آزمون مجدد این پرسشنامه که به وسیله سلیمانیان (۱۳۸۴) بر روی یک نمونه ۲۰ نفری از جامعه آماری اجرا شد، دارای دامنه بین ۰/۸۱ ات ۰/۸۶ و میانگین ۰/۷۸ است. روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی و روایی محتوایی آن به وسیله پنج تن از استادان مشاوره مورد تأیید قرار گرفت. اعتبار یابی مجدد پرسشنامه روی نمونه ۴۸۰ نفری از جامعه آماری، دارای دامنه ۰/۸۰ و میانگین ۰/۷۷ است.

پرسشنامه‌ی تعارض زناشویی (فرم تجدیدنظر شده)[15] (R-MCQ): پرسشنامه تعارضات زناشویی یک ابزار ۵۴ سؤالی است که برای سنجیدن تعارضات زن و شوهری توسط ثنایی و براتی و بوستانی‌پور (۱۳۸۷) ساخته شد. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات را می-سنجد که عبارت‌اند: کاهش همکاری، کاهش رابطه‌ی جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت از فرزندان، افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر و کاهش ارتباط مؤثر.

حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است. حداکثر نمره هر خرده مقیاس مساوی با تعداد سؤال‌های آن خرده مقیاس‌ها ضربدر ۵ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر و تعارض کمتر است. نمره‌گذاری به این صورت است: هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی (۳)، اکثراً (۴) و همیشه (۵). سؤالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می-شوند.

آلفای‌کرونباخ برای کل پرسشنامه در پژوهش ثنایی و همکاران (۱۳۸۷) روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ به دست آمد و ۸ خرده مقیاس آن از این قرار

1. Means, Snyder, & Negy
2. Inconsistency
3. Conventionalization
4. Global Distress
5. Affective Communication
6. Problem-Solving Communication
7. Aggression
8. Time Together
9. Disagrement about Finances
10. Sexual Dissatisfaction
11. Family History of Distress
12. Dissatisfaction with Children
13. Conflict Over Child Rearing
14. Role Orientation
15. Marital Conflict Questionnaire

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

است: کاهش همکاری، ۰/۸۱؛ کاهش رابطه‌ی جنسی، ۰/۶۱؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزندان، ۰/۳۳؛ افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶؛ کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۱؛ و کاهش ارتباط مؤثر، ۰/۶۹. همچنین این پرسشنامه از روایی خوبی برخوردار است. در مرحله‌ی تحلیل محتوای آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه‌ی هم بستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به دلیل هم بستگی مناسب سؤالات، هیچ سؤالی حذف نشد (ثنایی و همکاران ۱۳۸۷). دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه: «هنگام دعوا با همسرم، رابطه‌ی من با خانواده‌ی پدر و مادر او قطع می‌شود» و «من و همسرم حساب‌های مالی جداگانه داریم». همسانی (به روش آلفای‌کرونباخ) برای کل مقیاس‌های این پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ به دست آمد و برای ۸ خرده مقیاس به صورت زیر بوده است:

کاهش همکاری، ۰/۷۹؛ کاهش رابطه‌ی جنسی، ۰/۶۹؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، ۰/۷۲؛ افزایش جلب حمایت فرزندان، ۰/۵۶؛ افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود، ۰/۷۸؛ کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۰؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۰ و کاهش ارتباط مؤثر، ۰/۷۵ (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه جهت‌گیری به زندگی[1] (LOT-R): این پرسشنامه توسط (شیر و کارور، ۱۹۸۵) ساخته شده و انتظاراتی را که افراد راجع به پیامدهای زندگی دارند را اندازه‌گیری می‌کند. پژوهش‌های مکرر نشان داده است که نمرات این پرسشنامه با طیف گسترده‌ای از سازه-های مرتبط مانند عزت‌نفس، ناامیدی و روان آزرده خویی رابطه دارد که این مطلب نشانگر اعتبار همگرای این پرسشنامه است. همچنین تحلیل عاملی خوش‌بینی و سازه‌های مرتبط با آن نشان داده است که خوش‌بینی یک عامل مستقل و مجزا است (شیر، کارور و بریدگز[2]، ۱۹۹۴). این پرسشنامه ۶ سؤالی بر روی طیف لیکرت ۵ تایی از نمره صفر برای کاملاً مخالفم تا نمره ۴ تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. ۳ سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و کم‌ترین نمره ممکن صفر و بالاترین ۲۴ است.

ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط خدابخشی (۱۳۸۳) بررسی‌شده است و با نمره افسردگی ارتباط منفی (۰/۶۵-) و با نمره خود تسلط یابی ارتباط مثبت (۰/۷۲) نشان داده است. میزان پایایی آن به شیوه آلفاکرونباخ ۰/۷۴ و به شیوه باز آزمایی ۰/۸۷ به دست آمده است (خدابخشی، ۱۳۸۳).

برنامه مداخله: جلسه‌های درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس ساختار موجود در کتاب اکت برای مشکلات بین فردی (همراه با شیوه‌نامه درمان‌گروهی) (مک‌کی،لیوف و اسکین[3]، ۲۰۱۶) ارائه ارائه شده است.

1. Revised Life Orientation Test

2. Scheier, Carver & Bridges
3. Mckay, Lev & Skeen

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

جدول ۱: برنامه‌ی مداخله

جلسه	عنوان
اول	آشنا کردن رهبر و اعضای گروه با یکدیگر، تبیین قوانین اساسی گروه (رضایت آگاهانه و رازداری)، آغاز جلسه با تمرین کوتاه ذهن‌آگاهی، آموزش روانی ده طرح‌واره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرح‌واره (تمثیل هیولا در مهمانی) و ارزیابی پیش از درمان.
دوم	بررسی کلی تکالیف جلسه اول و ارائه بازخورد، تمرین ذهن‌آگاهی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای.
سوم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن‌آگاهی، بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و گفتگو درباره ناامیدی سازنده به‌کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه.
چهارم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن‌آگاهی، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش بر اساس تمرین هیولاها در اتوبوس.
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی به‌منظور پیوستگی در رشد این مهارت، تمرکز روی گسلش شناختی و تمثیل‌های مربوط به‌آن.
ششم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز روی گسلش و ارزیابی برچسب‌زنی-های منفی.
هفتم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، بررسی چگونگی انجام تکالیف درباره هدف ارزشمند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای هفته پیشرو و تمرکز بر خشم به‌عنوان یک رفتار مقابله‌ای.
هشتم	رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرح‌واره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل.
نهم	بازبینی بسیاری از موضوعات و مهارت‌های جلسه پیشین به‌عنوان فرصتی برای تمرین و پایبندی به رفتارهای جدید و آموزش مهارت‌های ارتباط.
دهم	آغاز جلسه با یک تمرین ذهن‌آگاهی گسترده، تمرین پاسخ‌های جایگزین مبتنی بر ارزش‌ها، بررسی موانع بالقوه و راهبردهای برنامه‌ریزی به‌منظور دنبال اعمال متعهدانه و ارزیابی پس از درمان.

شیوه‌ی تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

در این مبحث با توجه به موضوع تحقیق حاضر که به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه‌ی گروهی بر آشفتگی‌زناشویی، تعارض‌زناشویی و خوش‌بینی می‌پردازد، در ابتدا به‌منظور توصیف آماری، از جدول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شده و در آن تعداد، کمترین، بیشترین، میانگین و انحراف معیار به‌عنوان آماره‌های توصیفی، استفاده شد.

در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق از روش تحلیل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

جدول ۲: توصیف شاخص‌های آماری نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آشفتگی‌زناشویی، تعارض‌زناشویی و خوش‌بینی در دو گروه آزمایش و گواه (N=۲۴)

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
متغیرها	گروه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
آشفتگی زناشویی		۷۵/۳۳ (۷/۵۱)	۶۵/۶۶ (۱۱/۴۹)	۶۴/۱۶ (۱۱/۱۶)
	نمره‌کل آشفتگی زناشویی	۷۴/۲۵ (۳/۶۹)	۷۴/۳۳ (۳/۵۹)	۷۳/۶۶ (۵/۸۸)
	قرارداد گرایی	۵/۰۰ (۰/۷۳)	۴/۳۱ (۰/۹۰)	۳/۸۷ (۰/۹۰)
		۴/۹۱ (۰/۷۰)	۵/۰۰ (۰/۷۳)	۴/۹۷ (۰/۸۴)
	ارتباط عاطفی	۶/۸۳ (۱/۰۲)	۵/۵۰ (۱/۳۱)	۵/۴۱ (۱/۲۸)
		۷/۳۳ (۱/۵۵)	۷/۴۱ (۱/۲۴)	۷/۴۲ (۱/۲۷)
	حل مسئله	۸/۵۰ (۱/۱۶)	۶/۸۳ (۰/۸۳)	۶/۷۳ (۰/۸۴)
		۸/۷۵ (۱/۳۵)	۵۸/۸ (۱/۳۱)	۸/۵۴ (۱/۳۱)
	آشفتگی کلی	۱۲/۵۸ (۲/۱۰)	۱۱/۰۸ (۱/۹۵)	۱۱/۰۴ (۱/۸۷)
		۱۲/۵۰ (۱/۴۴)	۱۲/۳۳ (۱/۴۹)	۱۲/۲۹ (۱/۲۸)
	پرخاشگری	۶/۰۰ (۰/۸۵)	۴/۵۰ (۰/۶۷)	۴/۳۷ (۰/۸۲)
		۵/۸۳ (۰/۹۳)	۵/۶۶ (۰/۸۸)	۵/۶۳ (۰/۸۸)
	زمان باهم بودن	۵/۲۵ (۱/۲۸)	۳/۵۸ (۰/۷۹)	۳/۵۰ (۰/۷۹)
		۵/۶۶ (۰/۴۹)	۵/۵۸ (۰/۵۱)	۵/۴۷ (۰/۶۵)
	عدم توافق درباره مسائل مالی	۵/۵۸ (۱/۰۸)	۴/۹۱ (۰/۶۶)	۴/۸۳ (۰/۷۱)
		۵/۵۹ (۰/۵۱)	۵/۵۰ (۰/۶۷)	۵/۳۶ (۰/۷۷)
	عدم رضایت جنسی	۶/۰۰ (۱/۲۷)	۳/۹۱ (۰/۷۹)	۳/۸۱ (۰/۸۱)
		۵/۵۰ (۱/۱۶)	۵/۵۸ (۱/۰۸)	۵/۶۰ (۰/۹۴)
	جهت‌گیری نقش	۴/۰۰ (۱/۴۱)	۲/۶۶ (۰/۴۹)	۲/۵۰ (۰/۵۲)
		۴/۰۸ (۰/۷۹)	۴/۱۶ (۰/۷۱)	۴/۰۰ (۰/۷۳)
	تاریخچه مشکلات زناشویی	۵/۲۵ (۱/۴۸)	۳/۱۶ (۰/۵۷)	۳/۰۰ (۰/۶۰)
		۵/۱۶ (۰/۷۱)	۵/۰۰ (۰/۷۳)	۴/۹۱ (۰/۶۶)
	عدم رضایت از فرزندان	۴/۷۵ (۱/۸۱)	۳/۷۳ (۰/۸۳)	۳/۹۶ (۰/۸۸)
		۴/۵۸ (۱/۸۳)	۴/۴۱ (۱/۵۰)	۴/۲۵ (۱/۶۰)
	تعارض با پرورش کودکان	۵/۱۶ (۱/۵۸)	۴/۰۸ (۰/۹۹)	۳/۹۰ (۱/۰۸)
		۵/۰۸ (۱/۶۷)	۵/۰۰ (۱/۷۰)	۴/۹۳ (۱/۷۹)
تعارض زناشویی	نمره کل تعارض زناشویی	۱۶۸/۵۰ (۱۸/۳۴)	۱۴۲/۲۵ (۱۵/۴۹)	۱۴۱/۴۱ (۱۶/۴۵)
		۱۶۸/۹۱ (۲۰/۵۷)	۱۶۸/۰۸ (۲۰/۶۲)	۱۶۶/۰۸ (۲۲۹/۷۵)
	کاهش همکاری	۴۵/۱۶ (۲/۲۰)	۴۳/۳۳ (۱/۴۳)	۴۲/۲۷ (۱/۳۹)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

		گواه	۴۵/۵۸ (۳/۰۸)	۴۵/۴۰ (۳/۰۲۱)	۴۵/۳۳ (۳/۱۳)
	کاهش رابطه جنسی	آزمایش	۳۶/۴۱ (۲/۱۵)	۳۱/۵۸ (۲/۱۹)	۳۱/۵۰ (۲/۰۲)
		گواه	۳۶/۹۱ (۱/۶۲)	۳۶/۷۵ (۱/۶۰)	۳۶/۵۸ (۱/۶۲)
	افزایش واکنش هیجانی	آزمایش	۴۶/۲۵ (۲/۳۴)	۴۱/۶۶ (۲/۱۰)	۴۱/۵۰ ۲۹/۱۱
		گواه	۴۷/۲۵ (۱/۴۸)	۴۷/۰۰ (۱/۷۵)	۴۶/۸۷ (۱/۷۸)
	افزایش جلب حمایت از فرزندان	آزمایش	۴۱/۷۵ (۴/۳۷)	۳۷/۹۱ (۴/۳۷)	۳۷/۷۶ (۴/۳۴)
		گواه	۴۴/۳۳ (۳/۳۳)	۴۴/۲۰ (۲/۳۲)	۴۶/۷۰ (۱۰/۱۲)
	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	آزمایش	۳۶/۲۵ (۱/۶۰)	۳۲/۳۳ ۱۹/۸۷	۳۲/۱۶ (۱/۸۵)
		گواه	۳۶/۶۶ (۱/۶۱)	۳۶/۵۴ (۱/۶۴)	۳۶/۴۱ (۱/۸۳)
	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و دوستان	آزمایش	۲۹/۰۸ (۲/۶۰)	۲۵/۴۱ (۲/۷۱)	۲۵/۲۵ (۲/۹۲)
		گواه	۳۰/۳۳ (۲/۶۷)	۳۰/۲۱ (۲/۶۱)	۳۰/۰۹ (۲/۴۶)
	جدا کردن امور مالی از یکدیگر	آزمایش	۴۱/۰۸ (۱/۳۱)	۴۰/۴۱ (۱/۴۴)	۳۹/۳۴ (۱/۴۳)
		گواه	۳۷/۷۹ (۱/۶۱)	۳۷/۶۶ (۱/۶۱)	۳۷/۶۰ (۱/۷۵)
	کاهش ارتباط مؤثر	آزمایش	۴۴/۵۰ (۱/۹۳)	۳۸/۶۶ (۱/۳۰)	۳۸/۶۰ (۱/۱۴)
		گواه	۴۴/۴۱ (۳/۰۲)	۴۴/۲۶ (۲/۸۴)	۴۴/۲۰ (۲/۸۷)
خوش‌بینی	خوش‌بینی	آزمایش	۱۲/۵۰ (۱/۷۳)	۱۵/۵۰ (۱/۵۴)	۱۵/۸۳ (۲/۵۸)
		گواه	۱۱/۵۰ (۱/۳۱)	۱۱/۵۳ (۱/۵۱)	۱۱/۰۸ (۲/۵۰)

میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کننده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین آشفتگی‌زناشویی و تعارض‌زناشویی و مؤلفه‌هایشان در پس‌آزمون کاهش‌یافته است و میانگین جهت‌گیری زندگی (خوش‌بینی) در پس‌آزمون ارتقاء یافته است.

نتایج آزمون همسانی واریانس‌های لوین نشان داد که مقدار F برای آشفتگی‌زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی معنی‌دار نیست ($p>0/05$). لذا فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. هم‌چنین فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس داده‌ها مورد تأیید است ($p>0.05$).

جدول ۳: نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره عامل‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
آشفتگی زناشویی	بین‌گروهی	۵۹۰/۳۴	۴/۴۸	۱	۲۲	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۵۲
	درون‌گروهی	۰/۶۵	۵/۶۰	۲	۲۱	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۸۰
	تعامل	۰/۶۹	۴/۶۹	۲	۲۱	۰/۰۲	۰/۳۰	۰/۷۲
تعارض زناشویی	بین‌گروهی	۵۱۸۵/۰۱	۴/۸۷	۱	۲۲	۰/۰۳	۰/۱۸	۰/۵۶
	درون‌گروهی	۰/۱۱	۷۷/۹	۲	۲۱	۰۰/۰۰	۰/۸۸	۱/۰۰

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

	تعامل	۰/۱۱	۷۷/۹	۲	۲۱	۰/۰۰۰	۰/۸۸	۱/۰۰
خوش‌بینی	بین‌گروهی	۱۸۸/۸۲	۱۹/۹۷	۱	۲۲	۰/۰۰۰	۰/۴۷	۰/۹۸
	درون‌گروهی	۰/۶۴	۵/۷۵	۲	۲۱	/۰۱	۰/۳۵	۰/۸۱
	تعامل	۰/۵۹	۷/۱۳	۲	۲۱	۰/۰۲	۰/۴۰	۰/۸۹

جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره عامل‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی و همسانی شیب رگرسیون در تعامل عامل درون‌گروهی با بین‌گروهی را نشان می‌دهد از آنجا که اثر تعاملی معنی‌دار است، لذا تحلیل به تفکیک گروه‌ها و با محوریت عامل تعاملی صورت می‌پذیرد.

جدول ۴: نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون‌گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
آشفتگی-زناشویی	کنترل	۰/۹۳	۰/۳۶	۲	۱۰	۰/۷۰	۰/۰۶	۰/۰۹
	گروه آزمایش	۰/۴۸	۵/۳۳	۲	۱۰	۰/۰۲	۰/۵۱	۰/۷۰
تعارض-زناشویی	کنترل	۰/۸۴	۰/۹۵	۲	۱۰	۰/۴۱	۰/۱۶	۰/۱۷
	گروه آزمایش	۰/۰۵	۸۹/۰۸	۲	۱۰	۰/۰۰۰	۰/۹۴	۱/۰۰
خوش-بینی	کنترل	۰/۹۶	۰/۱۷	۲	۱۰	۰/۸۴	۰/۰۳	۰/۰۷
	گروه آزمایش	۰/۳۸	۸/۰۳	۲	۱۰	۰/۰۰۸	۰/۶۱	۰/۸۷

جدول ۴ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون‌گروهی را نشان می‌دهد. بر این اساس سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم مقایسه شده‌اند و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده‌است. یافته‌ها در گروه آزمایش برای آشفتگی‌زناشویی λ=۰/۷۰، F =۵/۳۳ و $\eta 2$ = ۰/۵۱، برای تعارض‌زناشویی λ=۱، F =۸۹/۰۸ و $\eta 2$ = ۰/۹۴ و برای خوش‌بینی λ=۰/۸۷، F =۸/۰۳ و $\eta 2$ = ۰/۶۱ به‌دست‌آمد که در گروه آزمایش معنی‌دار بودند ($p<$۰/۰۵). مقادیر مذکور در گروه کنترل معنی‌دار نیستند ($p>$۰/۰۵).

نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر (Greenhouse-Geisser) در گروه آزمایش نشان‌داد که دامنه اندازه‌ی اثر در نمره کل آشفتگی زناشویی بین $\eta 2$ =۰/۴۳-۰/۸۶، در نمره کل تعارض‌زناشویی بین ۱- $\eta 2$ =۰/۹۳ و در نمره کل خوش‌بینی $\eta 2$ =۰/۴۴-۰/۹۳ قراردارد.

جدول ۵: مقایسه خرده مقیاس‌های آشفتگی‌زناشویی در سه مرحله گروه آزمایش

متغیرها	مرحله (I)	مرحله (J)	مقایسه سه مرحله	
			(I-J) تفاضل میانگین‌ها	خطای استاندارد
ارتباط عاطفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۱/۳۳	۰/۲۹
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۱/۴۲	۰/۲۶

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۹	۰/۰۳
حل مسئله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۱/۶۷	۰/۳۳
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۱/۷۷	۰/۳۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱	۰/۰۱
پرخاشگری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۱/۵	۰/۱۸
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۱/۶۳	۰/۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۳	۰/۰۵
زمان با هم بودن	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۱/۶۷	۰/۴۹
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۱/۷۵	۰/۴۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۸	۰/۰۱
عدم رضایت جنسی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۲/۰۹	۰/۴۸
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۲/۱۹	۰/۴۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱	۰/۰۱
جهت‌گیری نقش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۱/۳۴	۰/۹۲
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۱/۵	۰/۸۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۶	۰/۰۳
تاریخچه مشکلات زناشویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۲/۰۹	۰/۹۲
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۲/۲۵	۰/۸۸
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶	۰/۰۳

** p<۰/۰۱, * p<۰/۰۵

جدول ۵ مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در خرده مقیاس‌های متغیر آشفتگی‌زناشویی نشان می‌دهد. خرده مقیاس آشفتگی‌زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها کاهش معنی‌دار نشان می‌دهد در نتیجه روش مداخله در این متغیرها اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی‌مانده‌است.

جدول ۶: مقایسه خرده مقیاس‌های تعارض‌زناشویی در سه مرحله گروه آزمایش

متغیرها	مرحله (I)	مرحله (J)	مقایسه سه مرحله	
			تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد
کاهش رابطه‌ی جنسی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۴/۸۳	۰/۰۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۴/۹۱	۰/۱۳
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۰۸	۰/۱۷
افزایش واکنش هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۴/۵۹	۰/۲۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۴/۷۵	۰/۲۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶	۰/۰۱
افزایش جلب حمایت از فرزندان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۵/۸۴	۰/۰۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۳/۹۹	۰/۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵	۰/۰۳

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۳/۹۲	۰/۲۷
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۴/۰۹	۰/۲۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۷	۰/۰۲
کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۳/۶۷	۰/۱۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۳/۸۳	۰/۳۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶	۰/۲۱
کاهش ارتباط مؤثر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۵/۸۴	۰/۶۳
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۵/۹	۰/۷۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶	۰/۱۶

** p<۰/۰۱, * p< /۰۵

جدول ۶ مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در خرده مقیاس‌های متغیر تعارض‌زناشویی نشان می‌دهد. خرده مقیاس‌های تعارض‌زناشویی در مراحل پس-آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها کاهش معنی‌دار نشان می‌دهد درنتیجه روش مداخله در این متغیر اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی‌مانده است.

جدول ۷: مقایسه خوش‌بینی در سه مرحله گروه‌های آزمایش

متغیرها	مرحله (I)	مرحله (J)	مقایسه سه مرحله	
			(I-J) تفاضل میانگین‌ها	خطای استاندارد
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۳/۰۰	۰/۹۶
	پیش‌آزمون	پیگیری	*۳/۳۳	۰/۸۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۴	۰/۸۵

** p<۰/۰۱, * p<۰/۰۵

جدول ۷ مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در متغیر خوش‌بینی نشان می‌دهد. در نمره خوش‌بینی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌دار نشان می‌دهد درنتیجه روش مداخله در این متغیر اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقی‌مانده است.

جدول ۸: مقایسه خرده مقیاس‌های آشفتگی‌زناشویی، تعارض‌زناشویی و خوش‌بینی دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

	شاخص‌های آماری	پس‌آزمون		پیگیری	
متغیرها		تفاضل (J)	میانگین‌ها-(I	خطای استاندارد	تفاضل (J)	میانگین‌ها-(I	خطای استاندارد
آشفتگی‌زناشویی	**ارتباط عاطفی**	-۱/۵۴*		۰/۴۳	-۱/۵۸*		۰/۳۵
	حل مسئله	-۱/۰۴*		۰/۲۴	-۱/۵۰*		۰/۴۲
	پرخاشگری	-۸/۷۰*		۰/۷۵	-۵/۷۱*		۰/۷۳

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

	زمان با هم بودن	-۴/۰۸*	۰/۵۸	-۳/۵۸*	۰/۵۷
	عدم رضایت‌جنسی	-۶/۵۸*	۰/۸۷	-۴/۶۰*	۰/۸۲
	جهت‌گیری نقش	-۶/۷۵*	۰/۵۳	-۴/۷۲*	۰/۵۰
	تاریخچه مشکلات زناشویی	-۹/۷۲*	۰/۶۲	-۷/۶۲*	۰/۶۰
تعارض‌زناشویی	**کاهش رابطه‌ی جنسی**	-۲/۱۲*	۰/۳۵	-۲/۶۲*	۰/۳۶
	افزایش واکنش هیجانی	-۱/۵۴*	۰/۲۳	-۲/۱۶*	۰/۲۴
	افزایش جلب حمایت از فرزندان	-۳/۹۱*	۰/۳۹	-۴/۸۳*	۰/۴۰
	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	-۶/۶۲*	۰/۳۳	-۵/۶۰*	۰/۳۲
	کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان	-۲/۴۵*	۰/۲۳	-۲/۸۳*	۰/۲۴
	کاهش ارتباط مؤثر	-۱/۷۰*	۰/۳۷	-۱/۰۰*	۰/۱۲
خوش‌بینی	**خوش‌بینی**	۳/۹۷*	۰/۰۳	۴/۷۵*	۰/۰۸

** p<۰/۰۱, * p<۰/۰۵

در جدول ۸ مقایسه خرده مقیاس‌های متغیرهای آشفتگی‌زناشویی و تعارض‌زناشویی و متغیر خوش‌بینی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری صورت گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر آشفتگی-زناشویی جزء درخرده‌مقیاس قرار دادگرایی، آشفتگی کلی، عدم توافق درباره مسائل مالی و عدم رضایت از فرزند و تعارض با پرورش کودکان، متغیر تعارض-زناشویی جزء در خرده مقیاس کاهش‌همکاری و جداکردن امور ملی از یکدیگر و در متغیر خوش‌بینی در هر دو مرحله اثربخش بوده است، نتایج تا مرحله پیگیری با ثبات بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی‌زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زنان متأهل انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش در جدول (۳ و ۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری در کاهش آشفتگی‌زناشویی و تعارض‌زناشویی دارد. همسو با این پژوهش، یافته‌های امان الهی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی زوج‌ها مؤثر است، هم‌چنین در پژوهش رجبی و همکاران (۱۳۹۲) نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان دارای آشفتگی‌زناشویی تأثیر معناداری دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های قبلی (موسوی و همکاران، ۱۳۹۵؛ براون و همکاران، ۲۰۱۵؛ سولومون و همکاران، ۲۰۱۱؛ پترسون و همکاران، ۲۰۱۲) همسو و در تأیید آن است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان علت اثربخشی درمان ACT ایجاد توافق و آموزش شیوه‌های سازگار شدن با جنبه‌های غیر قابل‌تحمل زندگی زناشویی به جای تلاش برای مدیریت آن‌ها و عوامل تعارض برانگیز دانست از طرف دیگر، این رویکرد بر

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

کشف ارزش‌ها و چگونگی ایجاد یک زندگی پر معنا برای خود و همسر از طریق ایجاد ارزش‌های شخصی تأکید می‌کند و این‌گونه 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 به‌عنوان یک عملکرد لازم و واقعی برای سازگاری روان‌شناختی، بپذیرند و در نتیجه طرح‌واره‌های شناختی منفی را در افراد کاهش می‌یابد. ACT افراد را قادر می‌سازد تا به شیوه مؤثرتری شرایط سخت و بحرانی را مدیریت کنند (لامار، ویتروسکی و لوئیز درایور[1]، ۲۰۱۴). درمان ACT با درمان اجتناب هیجانی، بهبود عکس‌العمل‌ها، شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تعهد نسبت به تغییرات رفتاری توانست به زنان متأهل کمک کند تا رابطه زناشویی خود را بهبود بخشند. به‌علاوه با به‌کارگیری مهارت گسلش زنان توانستند مستقیماً و به ویژه در جلسات درمان با احساسات ناخوشایند سروکار داشته باشند و به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات نامطلوب، آن‌ها را تجربه کنند. در واقع این درمان پاسخ‌های صمیمانه و تبادل احساسات مثبت را در آن‌ها افزایش داد. این فرایند به آن‌ها کمک کرد تا به عمیق‌ترین تمایلات قلبی خود پی ببرند و اهمیت رابطه زناشویی را در زندگی خود دریابند. در واقع بنا بر گزارش زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش، برملا شدن ارزش‌ها به‌ویژه ارزش‌های مشترک در رابطه زناشویی، تعارضات میان آن‌ها کاهش یافته و احساسات خوشایند و مثبت‌تری را تجربه کرده‌اند.

این‌گونه می‌توان بیان نمود که یکی از مزیت‌های درمان ACT آموزش به مراجعین برای تجربه کامل هیجان‌ها و احساس‌های جسمانی‌شان بدون هیچ گونه اجتناب و گام برداشتن در مسیر زندگی مبنی بر ارزش‌ها برای تغییر رفتار است. هدف صریح در درمان ACT کاهش تلاش برای کنترل‌درونی، اجتناب‌تجربه‌ای، افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گسترده‌ای از عواطف است (لویت و کارکلا[2]، ۲۰۰۵). در همین راستا هافمن و اسموندسون[3] (۲۰۰۸) هدف اصلی درمان ACT را درمان اجتناب‌های هیجانی، گسترش محتوای شناختی و ایجاد و حفظ تعهد در تغییرات رفتاری بیان می‌کند. لذا زنان گروه آزمایش قادر شدند با تمرین‌های پذیرش و تمرکز حواس حساسیت‌ها و کنترل‌های خود را به مقدار قابل‌توجهی کاهش داده و در نتیجه آشفتگی و تعارض‌زناشویی آن‌ها به طور معنی‌داری کاهش یافته است.

یافته‌ها در جدول (۳ و ۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر افزایش خوش‌بینی دارد. همسو با یافته‌های این پژوهش، یافته‌های صادق پورمرادی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان شادی و خوش‌بینی همسران مردان مبتلا به ام اس تأثیر معناداری دارد. نتایج این پژوهش یا یافته‌های تحقیقات قبلی (رجبی و همکاران، ۱۳۹۴؛ عیسی نژاد و همکاران، ۱۳۹۰) هم‌خوانی و در تأیید آن است.

همسو با نتایج پژوهش، پاریس، دوناتو، پاگانی و اسچوبی[4] (۲۰۱۷) به بررسی عدم درک همسران از هم و اینکه آیا خوش‌بینی پاسخ‌های همسران را تعدیل می‌کند یا خیر پرداختند. این پژوهش را روی ۱۰۳ زوج انجام شد. نتایج نشان داد وقتی همسران همدیگر را درک نمی‌کنند رفتارهای مثبت آن‌ها کم و رفتارهای منفی بیشتر می‌شود و زوجینی که خوش‌بین نیستند توانایی درکشان کم است. در همین راستا پژوهش

1 . Larmar, Wiatrowski & Lewis-Driver

2 . Levitt & Karekla
3. Hofmann & Asmundson
4. Parise, Donato, Pagani & Schoebi

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

چنگ، سدی کیدز و وایلد اسچات[1] (۲۰۱۶) نشان داد که ارتباطات اجتماعی و احترام به خود خوش‌بینی را افزایش می‌دهد.

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد یاد می‌دهد که همه ما در زندگی رنج داریم، همه‌ی افکار، احساسات، علائم بدنی، میل‌ها و خاطرات ما رنج پاک هستند ولی اگر به آن‌ها زیاد بها دهیم و پررنگشان کنیم باعث به وجود آمدن رنج ناپاک می‌شود که برای ما ناخوشایند خواهد بود، بنابراین با گسلش و نا هم‌آمیزی شناختی می‌توان شاد زندگی کرد و خوش‌بین بود. خوش‌بینی، مثبت بودن سطحی نیست بلکه افراد خوش‌بین مشکل گشایند و نقشه‌هایی برای فعالیت‌های خود طراحی نموده و سپس طبق آن عمل می‌کنند (لارنت، کیم و کاپالدی[2]، ۲۰۰۸). لذا می‌توان گفت که افراد خوش‌بین در حل مسائل و مشکلات خود در زندگی زناشویی موفق‌تر عمل می‌کنند، در مقابل مسائل و مشکلات حالتی انفعالی به خود نمی‌گیرند و نسبت به یکدیگر نگرش مثبت بیشتری دارند (مارچند[3]، ۲۰۰۴). بنابراین از رضایت زناشویی بیشتری برخوردارند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان‌درمانگران در مورد اثربخشی درمان ACT در بهبود روابط زناشویی فراهم نماید، هم‌چنین این پژوهش می‌تواند زمینه و مقدمه‌ای برای پژوهش‌های بیشتر در مورد درمان اکت و بهبود آشفتگی و تعارض-زناشویی و خوش‌بینی در روابط زوجین فراهم کند. در سال‌های اخیر به دلیل افزایش روزافزون آمار طلاق در کشور، به کار بستن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مشاوره‌ای با هدف بهبود کیفیت روابط زوجین می‌تواند به ثبات و پایداری ازدواج‌ها کمک کند.

آخرین بخش از نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی پس از گذشت یک ماه همچنان اثربخشی خود را حفظ کرده است؛ و افراد گروه آزمایش در زمینه آشفتگی و تعارض-زناشویی و خوش‌بینی کارآمدتر از قبل از دوره و کارآمدتر از گروه شاهد هستند. از آنجا که مهارت‌های انتقال و تعمیم و مهارت‌های نگهداری و تداوم آموزش داده شد، در نتیجه می‌توان گفت که این مهارت‌ها به خوبی آموخته شده و به کاربسته شده‌اند. شرکت‌کنندگان از طریق به کار گرفتن این مهارت‌ها می‌توانند آموخته‌های خود را در طول زندگی همچنان نگه داشته و مرور نمایند تا فراموش نکنند. این عامل باعث می‌شود تا اثربخشی دوره همچنان در طول زمان باقی بماند. مهارت‌های نگه‌داری و تداوم به افراد کمک می‌کند تا آنچه را که در طول جلسات آموخته‌اند حفظ کرده، به‌کارگیرند و با استفاده از مهارت انتقال و تعمیم آن را به حیطه‌های زندگی خود نیز گسترش دهند. حفظ و نگهداری مهارت و انتقال و تعمیم آن به سایرحیطه‌ها نه تنها مانع فراموشی مهارت‌ها می‌شود بلکه باعث می‌شود با گذر زمان افراد احساس راحتی و سازگاری بیشتری با محیط تجربه کنند.

تشکر و قدردانی

در پایان از اداره کمیته امداد شهر کرمانشاه، کارکنان، مشاوران مرکز مشاوره آوای مهر و تمامی افرادی که به نحوی در انجامِ این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Cheung, Sedikides & Wildschut
2 . Laurnet, Kim & Capaldi
3 . Marchand

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

Reference

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].

Assad, K. K., Donnellan, M. B., & Conger, R. D. (2007). Optimism: An enduring resource for romantic relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 93(2), 285-297.

Azimifar, Sh., Fatehizadeh, M., Bahrami, F., Ahmadi, S-A., Abedi, A. (2017). Comparing the effects of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment therapy is marital happiness of dissatisfied couples.Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, (2) 3, 56-81. [In Persian].

Baruch, D., Kanker, J., & Busch A. (2012). Acceptance and commitment therapy: Enhancing the relationships. Journal of Clinical Case Studies, 8(3), 241-257.

Brassington, L., Ferreira, N. B., Yates, S., Fearn, J., Lanza, P., Kemp, K., & Gillanders, D. (2016). Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. Journal of Contextual Behavioral Science, 5(4), 208-214.

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.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). *Optimism. Clinical Psychology Review, 30*(7), 879-889.

Chalal Ghuchan Atiq, Y., Saraii, F. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual satisfaction, and satisfaction with women's lives.Journal of Mental Health, (Special Issue) 18, 529-533. [In Persian].

Cheung, W.-Y., Sedikides, C., & Wildschut, T. (2016). Induced nostalgia increases optimism (via social-connectedness and self-esteem) among individuals high, but not low, in trait nostalgia. *Personality and Individual Differences, 90*, 283-288.

Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48(10)*, 1013-1022.

Frankel, L. A., Umemura, T., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development, 40*, 73-83.

Fincham, F. D., & Beach, S. R. (1999). Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology, 50*(1), 47-77.

Glasser, W. (2010). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*: Harper Collins.

Glasser, W. (1998). *Choice theory. A new psychology of personal freedom*. New York Harper Collins Publisher.

Halford, W. K. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology, 15*(4), 750-768.

Hammett, J. F., Castañeda, D. M., & Ulloa, E. (2016). The association between affective and problem-solving communication and intimate partner violence among Caucasian and Mexican American couples: a dyadic approach. *Journal of Family Violence, 31*(2), 167-178.

Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

and Cognitive Therapies–Republished Article. *Behavior Therapy*, *47*(6), 869-885.

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.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change.* Guilford Press.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review, 28*(1), 1-16.

Hosseinian, S., Hosseini, F., Shafiyenia, A., Ghasemzadeh, s. (2009). Relationship between marital distress of mothers and the life of their marriad children. *Journal of Women Studies, (6)* 4, 81-103. [In Persian].

Isa-Nejad, O., Ahmadi; S-A., Bahrami, F., Baghban, I., Shoja Heidari, M. (2012). Effectiveness of relationship enhancement education on promoting optimism marital happiness. Journal of Psychological New Research, (21) 6, 129-149. [In Persian].

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.

Kamp Dush, C. M., & Taylor, M. G. (2012). Trajectories of marital conflict across the life course: Predictors and interactions with marital happiness trajectories. *Journal of Family Issues*, *33*(3), 341-368.

Kanzler, K. E., Robinson, P. J., McGeary, D. D., Mintz, J., Potter, J. S., Muñante, M., ... & Velligan, D. I. (2018). Rationale and design of a pilot study examining Acceptance and Commitment Therapy for persistent pain in an integrated primary care clinic. Contemporary Clinical Trials, 66, 28-35.

Kavosyan, J., Harifi, H. Karami, K. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy On marital satisfaction of couples.Journal of Health And Care, (1) 19, 75-87. [In Persian].

Khoda- Bakhshi, M. (2005). Standardization, validity and reliability of the optimism scale in Isfahan, Thesis unpublished master of psychology, school of educational sciences and psychology, University of Isfahan. [In Persian].

Kreider, R. M., & Fields, J. M. (2002). *Number, timing, and duration of marriages and divorces, 1996.* US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau.

Laurent, H. K., Kim, H. K., & Capaldi, D. M. (2008). Prospective effects of interparental conflict on child attachment security and the moderating role of parents' romantic attachment. *Journal of Family Psychology*, *22*(3), 377-388.

Levitt, J. T., & Karekla, M. (2005). Integrating acceptance and mindfulness with cognitive behavioral treatment for panic disorder. *In Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety (pp. 165-188).* Springer US.

Lyons, K. S., Stewart, B. J., Archbold, P. G., & Carter, J. H. (2009). Optimism, pessimism, mutuality, and gender: Predicting 10-year role strain in Parkinson's disease spouses. *The Gerontologist*, *49*(3), 378-387.

Marchand, J. F. (2004). Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attachment & Human Development*, *6*(1), 99-112.

Matthew, M., Avigail, L., Michelle, S. (2016). ACT for interpersonal problems using mindfulness, acceptance, and schema awareness to chang interpersonal behaviors (with method of letter group therapy). Translation by Mahmoud Roghanchi, Rezvan-Sa'adat Jazayeri, ozar Etemadi, Maryam Fatehizadeh, Khademorad Momeni and Seyed Mohsen Hojat Khah (2017). Kermanshah: University of razi.

Means- Christensen, A. J., Snyder, D. K., & Negy, C. (2003). Assessing nontraditional couples: validity of the marital satisfaction inventory- revised with gay, lesbian, and cohabiting heterosexual couples. Journal of Marital and Family Therapy, 29(1), 69-8.

Milligan, M. (2003*). Optimismand five-factor model of personality, Coping and health. Behavior*. PhD dissertation psychology's Personality. Burn University.

Mincu, C. L., & Taşcu, A. (2015). Social Support, Satisfaction with Physician-Patient Relationship, Couple Satisfaction, Body Satisfaction, Optimism as Predictors of Life Satisfaction in People having a Current Perceived Health Problem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 187*, 772-776.

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].

Navabinejad, Sh. (2013). *Group guidance and counseling*. Tehran: Samt. [In Persian].

Oprisan, E., & Cristea, D. (2012). A few variables of influence in the concept of marital satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 33*, 468-472.

Parseh, M., Naderi, F., Mehrbasi-Zadeh, M. (2016). The effectiveness of the cognitive-behavioral therapy family on conflict and satisfaction in couples visited the psychological centers. Journal of Clinical Psychology Achievments, (1) 1, 125-148. [In Persian].

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.

Powdthavee, N., & Vignoles, A. (2008). Mental health of parents and life satisfaction of children: A within-family analysis of intergenerational transmission of well-being. Social Indicators Research, 88(3), 397-422.

Rajabi, Gh., Imani, M., Khojestamehr, 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].

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].

Rice, L. P. (1996). Intimate relationship marriage and family. California: Cole.

Roberts, L. J. (2000). Fire and ice in marital communication: Hostile and distancing behaviors as predictors of marital distress. Journal of Marriage and Family, 62(3), 693-70.

Sabatelli, R. M., & Bartle- Haring, S. (2003). Family- of- Origin Experiences and Adjustment in Married Couples. Journal of Marriage and Family, 65(1), 159-169.

Sadeghpour-Moradi, Z., Nasirian, M., Chabokinejad, Z. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy ACT On the happiness and optimism of the wives of men with MS. First International Conference of New Research In the field of Educational Science and psychology and social studies of Iran, ghom,Conference Official Secretariat. [In Persian].

Sanaii, B. , Barati, T., Bostanipour, A. (2009). Scales of marriage and family assessment. Tehran: Besat. [In Persian].

Sayers, S. L., Kohn, C. S., Fresco, D. M., Bellack, A. S., & Sarwer, D. B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. Cognitive Therapy and Research, 25(6), 713-732.

Scheier, M. F & Carrer, C. S. (2001). Optimism, coping and health assessmental

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]

implication of generalized outcom expectancies. Health Psychology, 3 (1), 219-243.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. Journal of Personality and Social Psychology, 67(6), 1063-1078.

Seligman, M. E . (2011). Learned optimism: How to change your mind and your life. Vintage.

Siffert, A., & Schwarz, B. (2011). Spouses' demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. Journal of Social and Personal Relationships, 28(2), 262-277.

Snyder, D. K. (1997). Marital satisfaction inventory, revised (MSI-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Soleimanian, A., Nawabi Nejad, Sh., Farzad, W. (2006). Determine the effectiveness of systematic motivational counseling group (SMC) on reducing marital distress. Journal of Consuling Research, (16) 4, 9-24. [In Persian].

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.

Van Epp, M. C., Futris, T. G., Van Epp, J. C., & Campbell, K. (2008). Family and Consumer Sciences. Family and Consumer Sciences Research Journal, 36(4), 328-349.

Weiss, R. L., & Heyman, R. E . (1997). A clinical-research overview of couples interactions. In W. K. H. H. J. Markman (Ed.), Clinical handbook of marriage and couples interventions (pp. 13-41). Hoboken, NJ, US. John Wiley & Sons Inc.

Whisman, M. A., Sheldon, C., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter. Journal of Abnormal Psychology, 109(4), 803-808.

Young, M. E., & Long, L. L. (1998). Counseling and therapy for couples. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.4.7]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.42]