

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

خلاصه

مقدمه: تعارضات زناشویی سبب می‌شود تا رضایت زناشویی کاهش پیدا کرده و عملکرد خانواده مختل شود. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. دوره پیگیری نیز دو ماهه اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زوجین با تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و بهزیستی منطقه ۲ شهر مشهد در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۲۰ زوج (۴۰ نفر) با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۰ زوج در گروه آزمایش و ۱۰ زوج در گروه گواه). گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ جلسه) را طی ده هفته دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تعارضات زناشویی؛ پرسشنامه عملکرد خانواده و پرسشنامه رضایتمندی از زندگی زناشویی بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم‌افزار آماری SPSS²³ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده ($P < 0.001$)؛ $F = 49/91$ ؛ $\eta^2 = 0/57$ و رضایتمندی از زندگی زناشویی ($P < 0.001$)؛ $\eta^2 = 0/62$ ؛ $F = 64/01$ زوجین با تعارضات زناشویی تاثیر دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شکل‌دهی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ایجاد پذیرش روانی می‌تواند به عنوانی رویکردی موثر در جهت بهبود عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی مورد استفاده قرار داد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد خانواده، رضایتمندی از زندگی زناشویی، تعارضات زناشویی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

محمدحسین فرهمندی^۱
ابوالفضل بخشی پور^{۲*}
محمود جاجرمی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.
^۲ ابوالفضل بخشی پور، استادیار گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. (نویسنده مسئول)
^۳ استادیار گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

Email: ab8boj@gmail.com

۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش است.

مقدمه

خانواده صرفاً حضور تعدادی از افراد که در یک فضای فیزیکی و روان‌شناختی در کنار هم قرار دارند، نیست. خانواده به عنوان یک سیستم اجتماعی- فرهنگی تلقی می‌شود که در کنار همه‌ی خصوصیات دیگرش، دارای مجموعه‌ای از قواعد است و هر یک از اعضایش نیز نقش خاصی دارند. اعضای این سیستم با هم رابطه‌ای عمیق و چند لایه‌ای دارند. همچنین اعضای خانواده تا حدود زیادی پیشینه‌ی مشترک، ادراکات درونی شده مشترک، مفروضات و دیدگاه‌هایی درباره‌ی دنیا و برداشت مشترکی از اهداف زندگی دارند (۱). بر خلاف اعضای متعلق به نظام‌های غیرخانوادگی که عمدتاً می‌توان در غیاب آنها عضو جدیدی را جایگزین ساخت، اعضای خانواده تعویض‌ناپذیر هستند. این امر در وهله نخست به خاطر آن است که ارزش اصلی خانواده حاصل شبکه روابطی است که توسط اعضای آن به وجود آمده است (۲). به شکل معمول، نخستین روزهای ازدواج با احساس تعهد زوجین به یکدیگر همراه است، اما برخی از زوجین به تدریج دچار مشکلات ارتباطی با یکدیگر می‌شوند (۳). هر چند که بعضاً تفکرات پس از تعارضات زناشویی^۱ نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرایند دارد (۴). تعارضات زناشویی نوعی ناسازگاری مداوم بین دو همسر است که حداقل به وسیله یکی از آن‌ها بروز داده می‌شود. این سطح از ناسازگاری معمولاً بر کارکرد ارتباطی، هیجانی و اجتماعی همسران اثر منفی می‌گذارد (۵). نتایج مطالعه عباس^۲ و همکاران (۲۰۱۹) و ماخانوا، ایکل، نیکونوا و مانر^۳ (۲۰۱۸) نشان داد که زوج‌های دارای تعارض زناشویی بالا، از نظر بهداشت روانی و سلامتی در سطح ضعیفی می‌باشند (۶،۷). با افزایش تعارض در روابط زوجی، ناسازگاری افزایش می‌یابد، نارضایتی بیشتری

حاصل می‌شود به علاوه این مشکلات، از مقدمات طلاق محسوب می‌شوند (۸). با افزایش تعارض و ناسازگاری زناشویی، کیان خانواده و سلامت روان افراد حاضر در خانواده دچار آسیب شده و به شکل کلی عملکرد خانواده^۴ دچار ضعف می‌شود (۹).

عملکرد خانواده به عنوان جنبه‌ای مهم از محیط خانواده، سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی اعضا خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع آن چه درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی عملکرد آن می‌تواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد (۱۰). عملکرد خانواده، به عنوان یکی از ساختارهای پرنفوذ خانواده، احساس همبستگی، پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای یک خانواده نسبت به هم دارند (۱۱). عملکرد خانواده به صورت احساس نزدیکی عاطفی با افراد دیگر تعریف شده است. دو کیفیت مربوط به عملکرد منسجم در خانواده، مشتمل بر تعهد و وقت گذراندن با هم است. منظور از تعهد، میل به صرف وقت انرژی در فعالیت‌های خانواده و هم چنین ممانعت از تأثیر منفی در آن، می‌باشد. بعد دیگر عملکرد منسجم در خانواده وقت گذاشتن و با هم بودن در بین اعضای خانواده است. خانواده‌هایی که در این زمینه قوی هستند، به طور مرتب بر نامه‌ها و زمان‌هایی برای فعالیت‌های گروهی در نظر می‌گیرند (۱۲). والتون^۵ و همکاران (۲۰۱۸) (۱۳) عملکرد خانواده را توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تعارضات، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده تعریف کرده‌اند که ۶ بعد حل مسئله^۶، ارتباطات^۷، نقش‌ها^۸، واکنش‌های

5. Walton

6. problem solving

7. communication

8. roles

1. marital conflicts

2. Abbas

3. Makhanova, McNulty, Eckel, Nikonova, Maner

4. Family functioning

تضمین می‌کند (بالاندا، براون و ۶، ۲۰۱۶). رضایت زناشویی، انطباق رفتارهای زناشویی زوجها با یکدیگر و وجود تفاهم و همدلی و عشق بین آنهاست. به عبارت دیگر رضایت زناشویی، وجود یک رابطه دو ستانه همراه با منطق، تفاهم، درک یکدیگر، ارضای نیازهای مادی و معنوی مرد و زن است. در واقع برای بسیاری، کسب خشنودی از رابطه زناشویی مهم‌ترین منبع خشنودی حتی مهم‌تر از منابعی همچون کار، دوستان و حتی فرزندان به شمار می‌آید (۱۹). روش‌ها و رویکردهای درمانی و آموزشی مختلفی برای زوجین متعارض و کاهش آسیب‌های مربوط به آن بکار گرفته شده است. یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند با تصریح و پی‌جویی ارزش‌های زوجین در راستای کاهش آسیب‌های تعاملی، روانی و هیجانی آنان موثر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ است. چنانکه نتایج پژوهش صالحی، جهانگیری و بخش‌پور (۲۰۱۰) (۲۱)؛ جولازاده اسمعیلی، کریمی، گودرزی و عسگری (۲۰۱۰) (۲۲)؛ امیربیک، اکبری امرغان، فریرزی و نجات (۲۰۱۰) (۲۳)؛ جعفری منش، زهراکار، تقوایی و پیرانی (۲۰۱۰) (۲۴)؛ اعلمی، تیموری، آهی و بیاضی (۲۰۱۰) (۲۵) و رافضی و کشایی (۲۰۱۰) (۲۶) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مولفه‌های مختلف روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی زوجین را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین کالاتی^۸ و همکاران (۲۰۲۲) (۲۷)؛ گراف، ترامپتر، اسمیتس و مولس^۹ (۲۰۲۱) (۲۸)؛ بها‌تاب و ال‌هادی^{۱۰} (۲۰۲۱) (۲۹)؛ هیوان^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۱) (۳۰)؛ ژائو^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۰) (۳۱)؛ مورگان^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۰) (۳۲)؛ آل‌مان،

عاطفی^۱، آمیزش عاطفی^۲ و کنترل رفتار^۳ را دربرمی‌گیرد. سندبالت، تسای و کارول^۴ (۲۰۲۱) بر این باورند که ارتباط، عامل معتبری برای ارزیابی عملکرد خانواده است و توانایی خانواده سالم برای ارتباط فکری و احساس، بیشتر از خانواده‌های متوسط و یا دارای عملکرد بد است (۱۴). نقش‌های خانوادگی شامل الگوهای تکراری رفتار و عملکرد اعضاء یا کل خانواده می‌باشد (۱۵). بروز تعارض زناشویی و کاهش عملکرد خانوادگی به مرور دیگر فرایندهای ارتباطی و تعاملی زوجین را نیز متأثر ساخته و باعث کاهش رضایتمندی از زندگی زناشویی^۵ در نزد آنان می‌شود (۱۶، ۱۷). رضایت‌مندی زناشویی یکی از عوامل مهم در ازدواج است. رضایت زناشویی و وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از یکدیگر دارند. رضایت‌مندی زناشویی را می‌توان نتیجه خرسندی عمومی از زندگی مشترک، رضایت از روابط جنسی و رضایتمندی عاطفی و هیجانی دانست (۱۸). رضایت زناشویی عبارت است از احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زوجین. رضایت‌مندی زناشویی را بیشتر به صورت نگرش‌ها یا احساسات کلی فرد درباره همسر و رابطه‌اش تعریف می‌کنند یعنی رضایت‌مندی زناشویی یک پدیده درون‌فردی و یک برداشت فردی از همسر و رابطه است (۱۹). چنین تعریفی از رضایت‌مندی زناشویی، نشانگر آن است که رضایت‌مندی یک مفهوم تک‌بعدی و بیانگر ارزیابی رضایت‌مندی زناشویی پیامد توافق زناشویی کلی فرد درباره همسر و رابطه‌اش است، و به صورت درونی احساس می‌شود (۲۰). رضایت زناشویی حاصل سازگاری زن و شوهر در ابعاد مختلف زندگی مشترک بوده که استحکام بنیان خانواده را

7. acceptance and commitment therapy

8. Caletti

9. Graaf, Trompeter, Smeets, Mols

10. Bahattab, AlHadi

11. Huiyuan

12. Zhao

13. Morgan

1. affective responsiveness

2. affective involvement

3. behavior control

4. Sandbulte, Tsai, Carroll

5. Marital Satisfaction

6. Bulanda, Brown, Yamashita

چنانکه در سال ۱۴۰۰ از هر سه ازدواج یکی به طلاق انجامیده و نسبت به سال ۱۳۹۹ میزان طلاق تقریباً دو درصد افزایش داشته است. این در حالی است که نرخ طلاق در ده سال اخیر ۲۸ درصد بوده است (مرکز آمار نفوس و مسکن ایران، ۱۴۰۰). پر واضح است حل تعارضات زناشویی به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت خانواده نقش اساسی در پیشگیری از طلاق دارد، و از آنجا که روابط زوج‌هایی که دچار تعارضات زناشویی هستند، در صورتی که به موقع تشخیص و مداخله صورت نگیرد به احتمال زیاد به طلاق خواهد کشید و ضرورت این مسئله در دو دهه اخیر به شدت احساس می‌شود. دیگر جنبه اهمیت انجام پژوهش حاضر، تأکید بر نهاد خانواده و اهمیت کارکرد این نهاد خصوصاً برای جامعه است. پایداری نهاد خانواده در طول دوره‌های مختلف تاریخی دلالت بر کارکردی بودن این نهاد دارد. صاحب‌نظران بر این باور هستند که جامعه سالم از خانواده‌های سالم تشکیل شده است و شرط سلامت خانواده، وجود روابط سالم و کارکرد صحیح این نهاد است. بروز و گسترش بسیاری از مشکلات فردی، اجتماعی و دیگر آسیب‌ها و انحرافات در قرون اخیر می‌تواند ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده باشد. بنابراین باید راه‌هایی که می‌تواند کارکرد خانواده را بهبود ببخشد، مورد شناسایی و کاربرد قرار گیرند و همانگونه که مشخص شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردها و راه‌هایی است که می‌تواند به خانواده‌ها در رفع مشکلات درون خانوادگی، برخورد با مسائل بحرانی و بهبود کارکردی نهاد خانواده کمک شایانی نماید. بنابراین با توجه به عدم انجام پژوهش مشابه و وجود خلا پژوهشی، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی است.

روش کار

کوپن، میچل و مک‌گوان^۱ (۲۰۲۰) (۳۳)؛ و ژو، ابرین و چن^۲ (۲۰۲۰) (۳۴) نشان داده است که این درمان جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد مختلف موثر است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمان شناختی رفتاری موج سوم شناخته شده و در تلاش است به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۳۵). هدف اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام عملی موثر است، عملی که توجه آگاه، با حضور کامل ذهن و ارزش محور باشد (۳۶). این مدل با درمان شناختی-رفتاری سنتی که تقریباً در تلاش است تا به مردم شیوه‌های کنترل فکر، احساس‌ها، خاطرات و دیگر رویدادها را آموزش دهد، متفاوت است، بنابراین به درمانجویان کمک می‌کند با حسی متعالی از خود (خویش‌نظرانه) تماس برقرار کنند و در جهت یک زندگی غنی و ارزشمند که سرزندگی را به همراه دارد، قدم بگذارند (۳۱) به طور کلی، در موج سوم رفتار درمان‌گری تأکید اساسی، آگاهی از هیجان‌ها و افکار است، هر چند موج سوم از تغییر شناخت غافل نیست، اما آن را هدف مستقیم قرار نداده و تغییر غیرمستقیم صورت می‌گیرد (۳۷). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف درمان‌گر بالابردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مراجعین است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یعنی، توانایی برگشتن به لحظه حال، آگاه بودن و مشاهده افکار و هیجان‌های خود، کمی فاصله گرفتن از باورهای سفت و سخت و انجام دادن آنچه که مهم است، با وجود رویدادهای ناخوشایند (۳۰) هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه‌های عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مشکلات است که این فرایند در نهایت منجر به افزایش بهزیستی و کمک به عملکرد فردی، اجتماعی و خانوادگی افراد می‌شود (آلمان و همکاران، ۲۰۲۰).

در ضرورت پژوهش حاضر باید گفت متأسفانه در کشور ایران آمار طلاق طی یک دهه اخیر رو به رشد بوده است.

². Xu, O'Brien, Chen

¹. Allmann, Coyne, Michel, McGowan

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زوجین با تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و بهزیستی منطقه ۲ شهر مشهد در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا زوجین با تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و بهزیستی منطقه ۲ شهر مشهد مورد شناسایی قرار گرفت. این زوجین هنوز وارد فرایند اجرایی دریافت خدمات مشاوره‌ای مراکز نشده بودند. سپس با پخش فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین زوجین با تعارضات زناشویی پخش شد. با شناسایی زوجین داوطلب، پرسشنامه تعارضات زناشویی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه تعارضات زناشویی و نمره‌گذاری آن، زوجینی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی کسب کردند، انتخاب شدند. سپس این زوجین با استفاده از مصاحبه بالینی (جهت اطمینان از وجود تعارضات زناشویی) نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفتند. در مرحله آخر تعداد ۲۰ زوج که بالاترین نمره‌ها را در پرسشنامه تعارضات زناشویی به دست آورده بودند (نمره‌های بالاتر از میانگین و به صورت ترتیب‌بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۰ زوج در گروه آزمایش و ۱۰ زوج در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن سابقه زندگی زناشویی بالاتر از سه سال، داشتن تعارضات زناشویی، کسب نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده و بروز حوادث پیش‌بینی نشده همانند مرگ نزدیکان بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ)^۱: پرسشنامه تعارضات زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارضات زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر سوال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمره‌های کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۱۲۱۰ است. نمره‌های بالاتر از ۱۲۵ نشان دهنده وجود تعارضات زناشویی است (براتی و ثنایی، ۱۳۷۵). این پرسشنامه توسط سازندگان آن بر روی مراجعه کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارضات زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۳، و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۶۴، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۹ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظر خواهی شد، بنابر اعتقاد آنها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی بوده و مقدار آن نیز ۰/۸۳ محاسبه شد (ثنایی، ۱۳۷۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش عمادی فر، فلاح یخدانی، وزیر یزدی و چابکی‌نژاد (۱۴۰۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

۱. Marital Conflict Questionnaire

بیشاب^۴ (۱۹۸۳) تدوین شده است که خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را مشخص می‌کند و هفت بعد از عملکرد خانواده که ۶ بعد خانوادگی و ۱ بعد عملکرد کلی است را می‌سنجد. خرده‌مقیاس‌ها شامل حل مسأله، ارتباط یا تعامل، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتاری و عملکرد کلی خانواده است. نمره گذاری پرسشنامه عملکرد خانواده بدین صورت است که به هر سؤال از ۱ تا ۴ نمره داده می‌شود؛ کاملاً موافقم: ۱، موافقم: ۲، مخالفم: ۳، کاملاً مخالفم: ۴. به سؤال‌ها یا عباراتی که توصیف عملکرد ناسالم‌اند، یعنی به سوالات نمره معکوس داده می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۶۰ تا ۲۴۰ است. کسب نمرات کمتر در هر خرده‌مقیاس و نمره کل پرسشنامه نشانه عملکرد سالم‌تر است و بالعکس. اپشتاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) روایی سازه و محتوایی این پرسشنامه را مورد بررسی و به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. همچنین آنان میزان پایایی خرده‌مقیاس‌های و نمره کل این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۲ برآورد کردند. روایی سازه این پرسشنامه در پژوهش ثنائی (۱۳۷۰) مورد بررسی قرار گرفته و با کسب ضریب ۰/۸۰ مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد (۱۳۹۳) در دامنه‌ی ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری، زوجین انتخاب شده (۲۰ زوج با تعارض زناشویی) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۰ زوج در گروه آزمایش و ۱۰ زوج در گروه گواه). این افراد هنوز وارد جلسات درمانی مراکز

پرسشنامه رضایتمندی زناشویی (MSQ): پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ^۲ دارای فرم‌های ۱۲۵، ۱۱۵، ۴۷ و ۳۵ عبارتی هست. در این تحقیق از فرم ۴۷ سوالی استفاده شده است. فرم ۴۷ سوالی توسط اولسون^۳ در سال ۱۹۹۶ با تجدیدنظر در فرم اصلی برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی ساخته شد. پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ ۴۷ عبارتی از ۴ خرده‌مقیاس تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض تشکیل شده است (آسوده، ۱۳۸۹). شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت از کاملاً مخالفم: نمره ۱ تا کاملاً موافقم: نمره ۵ انجام می‌شود. بر این اساس دامنه نمرات پرسشنامه بین ۴۷ تا ۲۳۵ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده رضایتمندی زناشویی بیشتر است. اولسون و اولسون^۴ (۲۰۰۰) ضریب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ و اعتبار بازیابی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹ و ۰/۹۲ گزارش کرده است. سامی، نظری، محسن‌زاده و طاهری (۱۳۹۳) ضریب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۵ گزارش کرده است. آسوده (۱۳۸۹) ضریب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۷ گزارش کرده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه عملکرد خانواده (FFQ):

پرسشنامه ۶۰ گویه‌ای عملکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و

4. Olson, Olson

5. Family Functioning Questionnaire

6. Epstein, Baldwin, Bishop

1. Marital Satisfaction Questionnaire

2. Enrich

3. Olson

زوجین، برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، در صورت تمایل این مداخله درمانی را دریافت خواهند کرد. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل هیز و همکاران (۲۰۰۴) است که در پژوهش امینی و کرمی نژاد (۳۸) برای جامعه آماری افراد با تعارضات زناشویی مورد استفاده و کارآیی آن تایید شده است.

مشاوره نشده بودند. گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۱۰ جلسه طی ده هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که زوجین حاضر در گروه گواه مداخله حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جلسه‌های درمان توسط پژوهشگر با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی اجرا شد. خلاصه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (فلاحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ نوی حصار و همکاران، ۱۳۹۶) در جدول ۱ ارائه شده است. جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت

جدول ۱. خلاصه مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴)

جلسه	هدف	شرح جلسه
اول	آشنایی با افراد حاضر در پژوهش، آموزش روانی، پرداختن به تعارضات زناشویی و اثرات روانی و هیجانی مخرب آن	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مولفه‌های پژوهش و بیان هدف از اجرای طرح برای زوجین حاضر در پژوهش، ارائه توضیحات درباره تأثیرات هیجانی، روانی و شناختی تعارضات زناشویی برای زوجین و فرزندان.
دوم	پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی روانی و هیجانی او از این موضوع	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی شناختی و هیجانی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع درباره پردازش، مدیریت و ابراز هیجانات، مشخص کردن تکلیف منزل.
سوم	کنترل به عنوان یک مشکل / کنترل رویدادهای شخصی	بررسی دنیای درون و بیرون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد، بیان کنترل به عنوان مشکل، تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل. مشخص کردن تکلیف منزل.
چهارم	مشکلات جنسی به عنوان نتیجه‌ای از پدیده تعارضات زناشویی	معرفی تمایل / احساسات / خاطرات و علایم جسمانی مربوط به عملکرد جنسی به عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، ایجاد ذهن آگاهی در راستای نظاره گر بودن افکار مربوط به عدم میل جنسی، ارائه تکلیف منزل.
پنجم	معرفی مفهوم گسلش	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف انتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن. ارائه توضیحات درباره هیجانات شفاف در برابر هیجانات مبهم، مشخص کردن تکلیف منزل.
ششم	ایجاد یک جهت‌گیری برای توسعه مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای نگرانی	تاکید برای در زمان حال بودن و پرهیز از سرگردانی ذهن درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌هایی در خصوص آثار ناباروری. پرداختن به تجربه هیجان‌ها به شکل ناآگاهانه و جایگزینی تجربه هیجان‌ها به صورت ذهن آگاهانه مبتنی بر ذهن آگاهی، مشخص کردن تکلیف منزل.
هفتم	توجه به عملکرد هیجانات، عادت به اجتناب هیجانی و رفتاری و تمایز بین هیجانات واضح و مبهم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانات، دستورالعمل کنترل سیکل هیجانی، اجتناب هیجانی، هیجانات واضح در برابر هیجانات مبهم، مشخص کردن تکلیف منزل.

هشتم	تداوم ایجاد یک جهت گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه‌های عملی بیشتر برای پرورش گسلش	دستورالعمل مهارت‌های ذهن آگاهی، تمرین افزایش ذهن آگاهی، استفاده از استعاره سنگ قبر در جهت بکارگیری ذهن آگاهی و انتخاب ارزش‌ها، کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگو سازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل. مشخص کردن تکلیف منزل.
نهم	معرفی اهمیت ارزش‌ها و چگونگی تمایز آنها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده به منظور رسیدن به ارزش‌های مشخص	معرفی مفهوم ارزش، بحث در مورد ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها، انتخاب یک عمل بارزش (هدف رفتاری) جهت انجام در طول هفته، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب‌نمای ذهنی. مشخص کردن تکلیف منزل.
دهم	جمع‌بندی و اختتام جلسات درمانی	به کارگیری تجارب به دست آمده در زندگی واقعی و جمع‌بندی و تکلیف مادام‌العمر.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن افراد در گروه آزمایش ۳۵/۷۷ سال و ۳/۱۶ و در گروه گواه ۳۱/۷۳ سال و ۲/۲۵ بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۹ نفر معادل ۴۵ درصد) و گواه (تعداد ۸ نفر معادل ۴۰ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
عملکرد خانواده	گروه آزمایش	۱۷/۰۴	۱۶۰/۷۵	۲۱/۴۴	۱۵۸/۷۵	۱۹/۵۹
	گروه گواه	۱۴/۲۵	۱۴۸/۶۰	۱۳/۹۸	۱۴۹/۲۵	۱۳/۹۹
رضایتمندی از زندگی	گروه آزمایش	۱۵/۵۳	۱۶۴/۶۰	۲۰/۰۵	۱۶۲/۶۵	۱۹/۲۰
	گروه گواه	۱۴/۷۲	۱۴۷/۹۰	۱۴/۸۱	۱۴۸/۰۵	۱۴/۷۰

رضایتمندی از زندگی زناشویی افزایش یافته است. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین متغیرهای عملکرد خانواده زوجین با تعارضات زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش و و

آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کروییت داده‌ها در متغیرهای عملکرد خانواده ($Mauchlys W = 0/92$; $P = 49$) و رضایتمندی از زندگی زنشویی ($Mauchlys W = 0/91$; $P = 35$) رعایت شده است.

عملکرد خانواده ($F = 0/14$; $P = 20$) و رضایتمندی از زندگی زنشویی ($F = 0/12$; $P = 20$) برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر عملکرد خانواده ($F = 0/13$; $P = 71$) و رضایتمندی از زندگی زنشویی ($F = 0/44$; $P = 39$) رعایت شده است. از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی در متغیرهای عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
عملکرد خانواده	مراحل	۲	۴۸۶/۴۰	۳۸/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	گروه بندی	۱	۱۱۴۷	۲۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
	تعامل مراحل و گروه بندی	۲	۶۳۳/۰۳	۴۹/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
	خطا	۷۶	۱۲/۶۸				
رضایتمندی از زندگی زنشویی	مراحل	۲	۴۹۶/۱۳	۴۷/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
	گروه بندی	۱	۳۶۰۸/۰۳	۲۸/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
	تعامل مراحل و گروه بندی	۲	۶۶۹/۰۳	۶۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	خطا	۷۶	۱۰/۴۵				

نتایج جدول ۳ نشان داد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان تاثیر معناداری بر نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی زوجین با تعارضات زنشویی داشته و این عامل به ترتیب ۵۵ و ۵۰ درصد از تفاوت در واریانس های نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی زوجین با تعارضات زنشویی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل عضویت گروهی یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم بر نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی زوجین با تعارضات زنشویی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۷ و ۴۸ درصد از تفاوت در نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی زوجین با تعارضات زنشویی در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. حال در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات

نتایج جدول ۳ نشان داد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان تاثیر معناداری بر نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی زوجین با تعارضات زنشویی داشته و این عامل به ترتیب ۵۵ و ۵۰ درصد از تفاوت در واریانس های نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی زوجین با تعارضات زنشویی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل عضویت گروهی یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم بر نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی زوجین با تعارضات زنشویی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۷ و ۴۸ درصد از تفاوت در نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زنشویی زوجین با تعارضات زنشویی در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. علاوه بر این،

عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی
آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
عملکرد	پیش‌آزمون	۶/۴۰-	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵/۶۰-	۰/۸۸	۰/۰۰۱
خانواده	پیش‌آزمون	۶/۴۰	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۸۰	۰/۳۱	۰/۱۲
رضایتمندی از	پیش‌آزمون	۶/۵۰-	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵/۶۰-	۰/۷۹	۰/۰۰۱
زندگی	پیش‌آزمون	۶/۵۰	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۹۰	۰/۲۶	۰/۱۰
زناشویی	پیگیری			

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات متغیرهای عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی

زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی تاثیر دارد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده زوجین با تعارضات زناشویی با نتایج پژوهش پیشین همسویی داشت. چنانکه جولازاده اسمعیلی و همکاران (۲۲) نشان داده‌اند که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و سازگاری زناشویی زوجین موثر است. همچنین جعفری منش و همکاران (۲۴) نیز دریافتند که درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی اثر دارد. علاوه بر این اعلمی و همکاران (۲۵) نیز گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی و میل به طلاق زوجین متقاضی طلاق موثر است. در نهایت نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش هیوآن و همکاران (۳۰) مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت روانی، هیجانی و ارتباطی افراد همسو بود (۳۱). در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر

ناخوشایند، تمرکز خود را بر کشف ارزش‌های فردی و زناشویی معطوف کنند، این فرایند به آنها کمک کرد تا به عمیق‌ترین تمایلات قلبی خود پی برده و اهمیت رابطه زناشویی را در زندگی خود دریافته و عملکرد خانوادگی مطلوب‌تری را از خود نشان دهند.

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی با نتایج پژوهش پیشین همسویی داشت. چنانکه صالحی، جهانگیری و بخشی‌پور (۲۱) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین موثر است. همچنین امیربیک و همکاران (۲۳) دریافته‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثر دارد. علاوه بر این امینی و کرمی نژاد (۱۴۰۰) گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و شفقت به خود زنان اثربخش است. از طرفی رافضی و کشایی (۱۳۹۹) دریافته‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت و سازگاری زناشویی بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد تأثیر دارد. بهبهانی و قربان‌شیرودی (۱۳۹۹) نیز نشان داده‌اند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش‌یائسه اثربخش است. در نهایت یافته حاضر با نتایج پژوهش لارسون و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و بهبود سلامت روانی و هیجانی افراد همسویی داشت.

در توضیح اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی، باید ذکر کرد فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر در پی آن بود تا به زوجین با تعارضات زناشویی آموزش دهد، دست از کنترل افکار و هیجانات خود برداشته و فنون بکار گرفته شده برای کنترل فکر و هیجان را رها کنند، به چه شیوه‌ای با افکار، هیجانات،

پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده زوجین با تعارضات زناشویی، می‌توان گفت با توجه به اینکه زوجین با تعارضات زناشویی، تغییرات عاطفی- روانی متعددی را تجربه می‌کنند و برخی از آنان احساسات نامطلوبی دارند که برخاسته از واکنش منفی آنان نسبت به تغییرات مربوط به شرایط زندگی زناشویی بوده و این تغییرات می‌تواند در روابط بین فردی، اجتماعی، خانوادگی و کیفیت زندگی این زوجین تأثیر بگذارد (۶). بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان اجتناب هیجانی، بهبود عکس‌العمل‌ها، شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تعهد نسبت به تغییرات رفتاری توانست به زوجین با تعارضات زناشویی کمک کند تا رابطه زناشویی خود را به عنوان یکی از ارزش‌های تصریح شده بهبود بخشند. چنین روندی باعث شد تا آنان کیفیت تعاملی سازنده زناشویی را به عنوان یکی از ارزش‌های تصریح شده مورد توجه قرار داده و بر مبنای آن عملکرد خانوادگی خود را نیز بهبود و گسترش دهند. یکی از مواردی که سبب اثربخش شدن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شد، آگاهی نسبت به تجارب اجتناب شده و پذیرش آن تجارب است که این امر از اصول زیربنایی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هستند (۲۸). بر این اساس زوجین با تعارضات زناشویی عملکرد خانوادگی خود را به عنوان یکی از زمینه‌های اجتناب شده مورد بازبینی قرار داده و با بهبود تعاملات زناشویی، عملکرد خانوادگی مطلوب‌تری را نیز گزارش کردند. به علاوه با به کارگیری مهارت‌های این رویکرد مانند گسلش، زوجین با تعارضات زناشویی توانستند با تجربه‌های درونی و افکار و احساسات ناخوشایندی که دارند ارتباط برقرار کرده و برای اجتناب از آنها درگیر الگوهای ارتباطی و رفتاری منفی نشوند و اینگونه از ایجاد احساسات منفی مضاعف نیز جلوگیری شد، زیرا در واقع بسیاری از احساسات منفی و ناخوشایند در اثر تلاش آنها برای اجتناب از احساسات، افکار و تجربه‌های نامطلوبی که داشته‌اند، ایجاد شده است. به علاوه آنها آموختند که به جای تلاش برای حفظ احساسات خوشایند و اجتناب از احساسات

زوجین با تعارضات زناشویی را در مسیر سازنده روانی و هیجانی قرار داده و در نتیجه باعث شد آنان با بهره‌گیری از مهارت حل مساله، مشکلات فی مابین را حل نموده و در نتیجه رضایتمندی از زندگی زناشویی بالاتری را تجربه نمایند.

محدود بودن دامنه پژوهش به زوجین با تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ شهر مشهد، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند علل تعارضات مالی زناشویی زوجین حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آن‌ها و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زوجین (همانند زوجین با تعارضات زناشویی مبتلا به آسیب‌های روانی، طحاره‌های ناسازگار اولیه و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی زوجین با تعارضات زناشویی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود رویکرد درمانی حاضر طی کارگاهی تخصصی به مشاوران و درمان‌گران حوزه خانواده در سطح مراکز مشاوره سطح شهر و دادگستری‌ها ارائه داده شود تا آن‌ها با بکارگیری این الگوی درمانی برای زوجین با تعارضات زناشویی، در جهت بهبود عملکرد خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی آنان گامی عملی بردارند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد بود. بدین وسیله از تمام زوجین حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز مشاوره منطقه ۲ شهر

احساس‌های مزاحم و اضطراب‌زا در هم‌آمیخته نشوند و هیجان‌های خود را به شکل مناسب پردازش و مدیریت نمایند. چنین فرایندی باعث شد تا زوجین با تعارضات زناشویی بتوانند خود را از درآمختگی با افکار، هیجانات، احساس‌ها و شناخت‌های مخرب رهانیده و خودمدیریت رفتاریو ارتباطی بالاتری را تجربه نمایند. چنین روندی باعث شد تا زوجین با تعارضات زناشویی بتوانند پردازش، مدیریت و ابراز هیجانی و تعاملی خود را مورد بازبینی و اصلاح قرار داده و در نتیجه ارتباط زناشویی سازنده‌تری را از خود نشان داده و رضایتمندی از زندگی زناشویی بالاتری را تجربه نمایند. این در حالی بود که بهره‌گیری از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود که افراد از موقعیت‌های هیجانی تنیدگی‌زا احساس رنج کمتری را تجربه نمایند. بر این اساس زوجین با تعارضات زناشویی با بکارگیری فنون آگاهی و مدیریت افکار و هیجانات ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نسبت به کاهش فعل و انفعالات احساسی و هیجانی نسبت به همسر خود، در فرایند شناختی و هیجانی خود بینش یافته و تلاش می‌کنند تا با شکل‌دهی افکار، هیجانات و احساس‌های مثبت حاصل از پی‌جویی ارزش‌های جدید زندگی خود، احساسات خود را به شکل بیشتری بروز داده و در نتیجه تعامل سازنده‌تری را با همسر خود برقرار نموده که نتیجه آن بهبود در رضایتمندی از زندگی زناشویی است. علاوه بر این زوجین با تعارضات زناشویی در اثر دریافت مفاهیم و استعاره‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرا گرفتند که به اهداف سازنده زندگی خود پایبند باشند و شرایط حال حاضر خود مبنی بر مشکل در زندگی مشترک و زناشویی را پذیرفته و به جای کلنجار رفتن روزانه و برخورد هیجانی با مسائل مربوط به آن، به صورت هدفمند در زندگی عمل کنند. در نهایت شکل‌دهی ارزش‌های جدید، مشخص کردن اهداف سازنده در زندگی، عمل متعهدانه در جهت نیل به اهداف مشخص شده و بهبود قدرت مقابله‌ای و مهارت حل مساله در جریان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند

مشهد که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند،

قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

1. Jafarimanesh, Maryam., Zaharakar, Kianoush., Taqvai, Davud., Pirani, Zabih. (۲۰۱۹). The effectiveness of training based on reality therapy on marital exhaustion of couples with marital conflict. *Behavioral Science Research*, ۱۸(۳), ۲۸۸-۲۹۹. (Persian)
2. Bayerman, S., Kleverson, E. (2014). Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *Procedia social and Behavioral Sciences*, 2(11), 223-232.
3. Dong, S., Dong, Q., Chen, H. (2022). Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. *Journal of Affective Disorders*, 299, 682-690.
4. Wilson, S.J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B.E., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, 85, 6-13.
5. 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.
6. Yu, E.A., Chang E.C. (2019). Meaning in life as a predictor of optimism: How parents Abbas, J., Aqeel, M., Abbas, J., Shaher, B., Jaffar, A., Sundas, J., Zhang, W. (2019). The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. *Journal of Affective Disorders*, 244, 231-238.
7. Makhanova, A., McNulty, J.K., Eckel, L.A., Nikonova, L., Maner, J.K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105, 22-27.
8. Cheung, A.K.L., Chiu, T., Choi, S.Y.P. (2022). Couples' self-control and marital conflict: Does similarity, complementarity, or totality matter more? *Social Science Research*, 102, 1026-1030.
9. Yazidi, Maryam, and Moinfar, Ruhollah. (۲۰۱۹). The effectiveness of behavioral-communicative couple therapy on marital conflicts and family functioning. *Assessment and Research in Counseling and Psychology*, ۲(۳), ۷۷-۹۰. (Persian)
10. Khodadadi Sengdeh, Javad., Kalai, Azam., and Goharipour, Morteza. (۲۰۱۹). Development of a conceptual model of marriage satisfaction in the context of a healthy family based on cultural context, *Counseling and Psychotherapy Culture Quarterly*, ۱۱(۴۱), ۶۰-۷۷. (Persian)
11. Weibe, S. A., Johnson, S.M. (2018). Creating relationships that foster resilience in emotionally focused therapy. *Current Opinion in psychology*, 13, 65-69.
12. Gudarzi, Mahmoud. (۲۰۱۸). Predicting the probability of breach of contract in marital relations based on the level of differentiation, family functioning and marital dissatisfaction. *Counseling Research*, ۱۸(۷۱), ۱۰۰-۸۱. (Persian)
13. Walton, K., Horton, N. J., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E., Austin, S. B., Haycraft, E., ... & Haines, J. (2018). Exploring the role of family functioning in the association between family dinner frequency and dietary intake among adolescents and young adults. *JAMA Network Open*, 1(7), 1852-1855.
14. Sandbulte, J., Tsai, C., Carroll, J.M. (2021). Family's health: Opportunities for non-located intergenerational families collaboration on healthy living. *International Journal of Human-Computer Studies*, 146, 1025-1029.
15. Hosseini Mehrabadi, Hakime Sadat., and Asghari, Maliha. (۱۴۰۰). Investigating the relationship between family functioning and social responsibility in female students of Qom University. *Research in educational sciences and counseling*, ۷(۱۵), ۱۸۶-۱۶۸. (Persian)
16. Onsy, E., Amer, M.M. (2014). Attitudes Toward Seeking Couples Counseling among Egyptian Couples: Towards a Deeper Understanding of Common Marital Conflicts and Marital Satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 140, 470-475.

17. Lee, W., McKinnish, T.(2019). Locus of control and marital satisfaction: Couple perspectives using Australian data. *Journal of Economic Psychology*, 74, 102-110.
18. Xie, J., Zhou, Z.E., Gong, Y.(2018). Relationship between proactive personality and marital satisfaction: A spillover-crossover perspective. *Personality and Individual Differences*, 128, 75-80.
19. Najarzagdegan, Fatemeh, Farhadi, Hadi. (۲۰۱۸). The effectiveness of quality of life therapy on communication skills, cyberspace addiction, marital satisfaction and emotional self-regulation in couples, *Psychological Science Quarterly*, ۱۸(۷۴), ۲۰۶-۲۴۷. (Persian)
20. Xie, J., Shi, Y., Ma, H.(2017). Relationship between similarity in work-family centrality and marital satisfaction among dual-earner couples. *Personality and Individual Differences*, 113, 103-108.
21. Salehi, Hossein., Jahangiri, Ali., and Bakshipour, Abulfazl. (۱۴۰۰). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment on reducing marital burnout of couples. *Community Health*, ۱۵(۱), ۲۹-۱۹. (Persian)
22. Jolazadeh Esmaili, Ali Akbar., Karimi, Javad., Godarzi, Korosh., and Asgari, Mohammad. (۱۴۰۰). Comparing the effectiveness of couple therapy based on acceptance and commitment and emotion-oriented on depression and marital adjustment. *Clinical Psychology*, ۱۳(۱), ۶۴-۴۷. (Persian)
23. Amirbeyk, Mahbobeh, Akbari Amarghan, Hossein, Faribarzi, Elham, and Nejat, Hamid. (۱۴۰۰). Comparing the effectiveness of eclectic behavioral couple therapy and integrative schema therapy based on acceptance and commitment on marital satisfaction of women with multiple sclerosis. *Sabzevar University of Medical Sciences*, ۲۸(۳), ۴۷۴-۴۶۷. (Persian)
24. Jafari Menesh, Maryam., Zahrakar, Kianoush., Taqvai, Davud., and Pirani, Zabih. (۲۰۱۹). The effect of acceptance and commitment therapy on marital exhaustion of couples with marital conflict. *Journal of the Faculty of Health and Institute of Health Research*, ۱۸(۴), ۴۴۶-۴۳۵. (Persian)
25. Alami, Mehdi, Timuri, Saeed, Ahi, Qasim, and Bayazi, Mohammad Hossein. (۲۰۱۹). The effectiveness of the combined approach of schema therapy based on acceptance and commitment on reducing marital conflicts and the desire to divorce couples seeking divorce. *Behavioral Science Research*, ۱۸(۱), -۱۳۲ ۱۴۱. (Persian)
26. Rafezi, Zohra., and Kashai, Maryam. (۲۰۱۹). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on increasing intimacy and marital adjustment of patients with substance use disorder. *Police Medicine*, ۹(۲), ۱۲۶-۱۱۹. Caletti, E., Massimo, C., Magliocca, S., Moltrasio, C., Brambilla, P., Delvecchio, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *Journal of Affective Disorders, In Press, Journal Pre-proof.*
27. Graaf, D.L., Trompeter, H.R., Smeets, T., Mols, F. (2021). Online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for chronic pain: A systematic literature review. *Internet Interventions*, 26, 1004-1009.
28. Bahattab, M., AlHadi, A.N. (2021). Acceptance and commitment group therapy among Saudi Muslim females with mental health disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 86-91.
29. Huiyuan, L., Wong, C.L., Jin, X., Chen, J., Chong, Y.Y., Bai, Y. (2021). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 1038-1044.
30. Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., Shi, C., Luo, W., Yan, Y. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110-114.
31. Morgan, T.A., Dalrymple, K., D'Avanzato, C., Zimage, S., Balling, C., Ward, M., Zimmerman, M. (2021). Conducting Outcomes Research in a Clinical Practice Setting: The Effectiveness and Acceptability of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in a Partial Hospital Program. *Behavior Therapy*, 52(2), 272-285.
32. Allmann, A.E., Coyne, L.W., Michel, R., McGowan, R. (2020). Chapter 17 - Acceptance and commitment therapy-enhanced exposures for children and adolescents. *Exposure Therapy for Children with Anxiety and OCD. Clinician's Guide to Integrated Treatment*, 142, 405-431.
33. Xu, H., O'Brien, W.H., Chen, Y. (2020). Chinese international student stress and coping: A pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 135-141.

34. Xu, W., Shen, W., Wang, S. (2021). Intervention of adolescent' mental health during the outbreak of COVID-19 using aerobic exercise combined with acceptance and commitment therapy. *Children and Youth Services Review, 124*, 1059-1064.
35. Berger, E., Garcia, Y., Catagnus, R., Temple, J. (2021). The effect of acceptance and commitment training on improving physical activity during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science, 20*, 70-78.
36. Azalazad, Muslim, Manshai, Gholamreza, Qumrani, Amir. (۲۰۱۸). The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on the symptoms of obsessive-compulsive disorder and the fusion of thought and action in students with obsessive-compulsive disorder. *Scientific Research Quarterly of Psychological Sciences, ۱۸(۷۳)*, ۷۶-۶۷
37. Amini, Parisa., and Karminejad, Reza. (۱۴۰۰). Investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on marital heartbreak and self-compassion of women covered by non-governmental organizations in Tehran. *Health Dawn, ۲۰(۱)*, ۳۷-۲۵

*Original Article***Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Family Function and Satisfaction of the Marital Life of the Couples with Marital Conflicts**

Received: 24/10/2022 - Accepted: 19/02/2023

Mohammad Hosein Farahmandi ¹
 Abolfazl Bakshipour ^{2*}
 Mahmood Jajarmi ^{3*}

¹ PhD student in counseling, counseling department, Bojnord branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

² Abolfazl Bakshipour, Assistant Professor of Counseling Department, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

³ Assistant Professor, Counseling Department, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

Email: ab8boj@gmail.com

Abstract**Introduction**

Marital conflicts cause marital satisfaction to decrease and family functioning to be disrupted. according to this the present study was conducted to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the family function and satisfaction of the marital life of the couples with marital conflicts.

Material and Method

The research method of the present study was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design. The follow-up period was administered in two months. The statistical population of the present study included the couples with marital conflicts who referred to consultation and wellbeing centers in zone two of Mashhad in the spring and summer of 2021. 20 couples (40 people) were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (10 couples in the experimental group and 10 in the control group). The experimental group received acceptance and commitment therapy (10 sessions) during ten weeks. The applied questionnaires in this study included marital life questionnaire, family function questionnaire and marital life satisfaction. The data taken from the study were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni follow-up test via SPSS23 software.

Results

The results showed that acceptance and commitment therapy is effective on the family function ($F=49.91$; $\eta^2=0.57$; $P<0001$.) and marital life satisfaction ($F=64.01$; $\eta^2=0.62$; $p<0001$) of the couples with marital conflicts.

Conclusion

According to the findings of the present study, acceptance and commitment therapy can be used as an efficient approach to improve family function and marital life satisfaction of the couples with marital conflicts through forming psychological flexibility and making mental acceptance.

Key words

Acceptance and commitment therapy, family function, marital life satisfaction, marital conflicts

Acknowledgement: There is no conflict of interest