



The Effectiveness of Group Treatment of “Acceptance and Commitment Therapy (ACT)” on Marital Intimacy of Female Teachers

Hassan Elahifar¹, Mohammad Ghamari^{2,*}, Kianoush Zahraei³

¹ Ph.D. Student, Department of Counseling, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

³ Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Ghamari, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran. E-mail: ghamari.m@abhariau.ac.ir

Received: 29 Jun 2018

Accepted: 12 Jan 2019

Abstract

Introduction: Among the critical jobs that women are engaged in is a teacher and a variable that can be affected by their employment is marital intimacy. The purpose of this study was to determine the effectiveness of group therapy "acceptance and commitment therapy" on marital intimacy of female teachers.

Methods: This quasi-experimental study was a pretest-posttest-follow-up with control group. The statistical population of the study was all married and employed female teachers in Abhar city in the academic year of 2017-2018. 30 of them were selected by random sampling method and randomly assigned to two equal groups. The intervention group trained in eight 90-minute sessions with the "Acceptance and Commitment Therapy" method. Both groups completed the "Intimacy Needs Survey" as a pretest, post-test, and follow-up. The validity of the questionnaire was verified by the counselors and the reliability of the questionnaire was measured using Cronbach's alpha. Data was analyzed using SPSS. 24.

Results: In the post-test and follow up stages, there was a significant correlation between the experimental group and the control group in emotional intimacy ($F = 12.20, P = 0.01$), psychological intimacy ($F = 11.88, P < 0.01$), intellectual intimacy ($F = 16.199, P < 0.01$), sexual intimacy ($F = 15.47, P = 0.01$), physical intimacy ($F = 24.44, P < 0.01$), spiritual intimacy ($F = 17.4, P < 0.01$), aesthetic intimacy ($F = 17.76, P < 0.01$), social-recreational intimacy ($F = 16.31, P < 0.01$), temporal intimacy ($F = 15.92, P < 0.01$). In other words, "Acceptance and Commitment Therapy (ACT)" increased marital intimacy among female teachers ($P < 0.01$) and this increase was stable over time.

Conclusions: Teaching "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT) can increase marital intimacy in married female teachers. Therefore, counselors and therapists can use this method to increase marital satisfaction.

Keywords: Education, Acceptance, Commitment, Marital Intimacy



اثربخشی آموزش گروهی "درمان پذیرش و تعهد" بر صمیمیت زناشویی معلمان زن

حسن الهی فر^۱، محمد قمری^{۲*}، کیانوش زهراکار^۳

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
^۳ دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: محمد قمری، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. ایمیل: ghamari.m@abhariau.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۰۸

چکیده

مقدمه: از جمله مشاغل حساسی که زنان بدان اشتغال دارند معلمی است و متغیری که می تواند تحت تاثیر اشتغال آن ها قرار گیرد، صمیمیت زناشویی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی "درمان پذیرش و تعهد" بر صمیمیت زناشویی معلمان زن انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش همه معلمان زن متاهل و شاغل شهر ابهر در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بودند. از میان آن ها ۳۰ تن با روش نمونه گیری تصادفی منظم انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه مداخله در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش "درمان پذیرش و تعهد" آموزش دیدند. هر دو گروه "بررسی نیازهای صمیمیت" (Intimacy Needs Survey) را بعنوان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. روایی پرسشنامه بوسیله مدرسین گروه مشاوره تایید و پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ اندازه گیری شد. داده ها با اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته ها: در مرحله پس آزمون و پیگیری بین گروه های مداخله و گواه در مولفه صمیمیت عاطفی ($P < 0.01$, $F = 12/20$)، صمیمیت روانشناختی ($P < 0.01$, $F = 11/80$)، صمیمیت عقلانی ($P < 0.01$, $F = 16/99$)، صمیمیت جنسی ($P < 0.01$, $F = 15/47$)، صمیمیت بدنی ($P < 0.01$, $F = 24/43$)، صمیمیت معنوی ($P < 0.01$, $F = 17/04$)، صمیمیت زیبایی شناختی ($P < 0.01$, $F = 17/76$)، صمیمیت اجتماعی - تفریحی ($P < 0.01$, $F = 16/39$)، صمیمیت زمانی ($P < 0.01$, $F = 15/92$) تفاوت معنی داری وجود داشت. به عبارت دیگر، آموزش "درمان پذیرش و تعهد" باعث افزایش مولفه های صمیمیت زناشویی معلمان زن شد ($P < 0.01$) و این افزایش در طی زمان پایدار بود.

نتیجه گیری: آموزش "درمان پذیرش و تعهد" می تواند صمیمیت زناشویی در معلمان زن متاهل را افزایش دهد. بنابراین، مشاوران و درمانگران می توانند از روش مذکور برای افزایش صمیمیت زناشویی استفاده کنند.

واژگان کلیدی: آموزش، پذیرش، تعهد، صمیمیت زناشویی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

خانواده یکی از عناصر اصلی و نهادهایی است که با عوامل انسانی و نیازهای عاطفی و معنوی در ارتباط است. دلایل ازدواج و انتظارات زوج ها به طور غیر قابل توجهی تغییر کرده است. نیاز به عشق و صمیمیت و رابطه نزدیک و همپوشانی نیازهای روانی و عاطفی از جمله دلایل اصلی ازدواج می باشند [۱]. خانواده چیزی بیشتر از مجموعه افرادی

است که در یک فضای فیزیکی و روانشناختی با هم مشارکت دارند. امروزه خانواده در اشکال گوناگون دیده می شود که هرکدام یک نظام اجتماعی - فرهنگی تلقی می شوند. در داخل چنین نظامی، افراد به وسیله حلقه های عاطفی قدرتمند، با دوام و متقابل به یکدیگر گره خورده اند. یکی از ویژگی های رابطه زوجی صمیمیت (intimacy)

است [۲]. صمیمیت فرآیندی پویا و تعاملی مبتنی بر احترام و اعتماد است. بنابراین، همسران برای درمیان گذاشتن عمیق ترین احساسات و افکار خود برای طرف مقابل باید احساس ایمنی کنند بدون اینکه از قضاوت، ارزیابی و تمسخر بترسند. در فرآیند صمیمیت، همسران باید اطمینان داشته باشند که طرف مقابل آنچه که را او بیان می کند، درک می کند و همچنین باید خیالش راحت باشد از اینکه طرف مقابل نیز همین مقدار برای او خود افشایی می کند. در چنین فضایی است که صمیمیت شروع به بالیدن خواهد کرد [۳]. صمیمیت در حال حاضر از نگرانی عمده روانشناسان و مشاوران می باشد. بطوری که روانشناسان در درجه بندی حوزه های اختلافی زوجین به ترتیب ارتباطات، انتظارات غیر واقعی از ازدواج و همسر، فقدان صمیمیت به عنوان مهم ترین جنبه های مشکلات زناشویی معرفی کردند که در شرایط اشتغال زن نیز می تواند تشدید شود [۴].

صمیمیت و گفتگو برای انواع روابط از مهم ترین ارکان محسوب می شود و عمق صمیمیتی که دو نفر در رابطه خود ایجاد می کنند، به توانایی آن ها در انتقال روشن، صحیح و موثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته هایشان بستگی دارد و یادگیری ارتباط کارآمد، یک گام مهم در فرآیند ایجاد و افزایش صمیمیت است [۵]. افراد فاقد روابط صمیمانه، اشخاصی منزوی بوده و اغلب با اطرافیان خود روابط مناسبی ندارند. از جمله مداخلات روانشناختی که می تواند بر سازگاری زناشویی و صمیمیت زناشویی تاثیرگذار باشد، پذیرش و تعهد است [۶]. "درمان پذیرش و تعهد" (ACT: Acceptance and Commitment Therapy) رویکردی فرآیند مدار است که به عنوان یکی از روان درمانی های موج سوم شناخته می شود. در این رویکرد بر خلاف شناخت درمانی سنتی، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی گیرد. در عوض به فرآیندهای شکل گیری آسیب شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می شود [۷]. دو مفهوم کلیدی در این نوع درمان انعطاف پذیری روانی (Mental flexibility) و اجتناب تجربی (Experimental avoid) است. انعطاف پذیری روانشناختی یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات و تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود [۸]. اجتناب تجربی هم زمانی اتفاق می افتد که شخص تمایلی به ماندن در تجربیات خصوصی خاصی را ندارد و در جهت اصلاح شکل یا فراوانی این تجربیات بر می آید [۹]. "درمان پذیرش و تعهد" ریشه در رفتارگرایی دارد اما بوسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد [۱۰]. این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند، و بامعنا کمک می کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف "درمان پذیرش و تعهد" تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزار دهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روان شناختی است. مراد از انعطاف پذیری روان شناختی، توانایی تماس با لحظه لحظه های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضات موقعیت، همسو با ارزش های فرد می باشد. به بیانی دیگر، به افراد یاری می رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات، و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند [۱۱].

پژوهش های مختلفی به بررسی تاثیر "درمان پذیرش و تعهد" دریافت خانوادگی و زوجی پرداخته اند. Christensen و همکاران از نتایج مطالعه خود دریافتند که "درمان پذیرش و تعهد" موجب ارتقای رضایت زناشویی و سلامت روان می شود [۱۲]. نتایج مطالعات Peterson و همکاران ارتقای سازگاری زناشویی [۱۳]، Baruch و همکاران، بهبود متغیرهای ارتباطی [۱۴] Carson و همکاران، غنی سازی ارتباطات زوجین و سلامت روانی فردی و افزایش رضایت زناشویی [۱۵]، عرب نژاد و همکاران افزایش صمیمیت زوجین [۱۶]. لسانی افزایش رضایت مندی زناشویی [۱۷] هنر پروران و کاشفی کاهش تعارض زناشویی را نشان داد [۱۸]. پژوهشگر مطالعه حاضر دارای چندین سال سابقه زوج درمانی و خانواده درمانی در جامعه مورد پژوهش بوده اند و از نزدیک با مشکلات زنان بویژه زنان معلم آشنا هستند. تجربه های علمی و عملی نشان می دهد که امروزه روابط زنان در خانواده در معرض تغییرات ساختاری قرار گرفته و جدایی عاطفی و عدم صمیمیت در آن ها مشاهده می شود که این امر به نوبه خود می تواند مشکلاتی را در خانواده ایجاد کند. از جمله اینکه ممکن است موجب پایین آمدن صمیمیت زناشویی و رضایت در زندگی مشترک باشد و یا اینکه خانواده را به سمت فروپاشی سوق دهد. پژوهش های اندکی درباره اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" بر صمیمیت زناشویی انجام شده است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی "درمان پذیرش و تعهد" بر صمیمیت زناشویی معلمان زن انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. از بین کلیه معلمان زن متاهل همه مقاطع تحصیلی شهرستان ابهر (۸۰۰ نفر) براساس جدول مورگان ۲۶۰ نفر بصورت تصادفی منظم انتخاب شد. بدین صورت که از روی لیست معلمان بصورت تصادفی انتخاب، سپس در مرحله پیش آزمون، به "بررسی نیازهای صمیمیت" پاسخ دادند. بعد از اجرا از بین ۱۲۴ نفری که صمیمیت زناشویی پایینی برخوردار بودند (نمره پایین تر از میانگین عدد ۱۸۵ بعنوان نقطه برش در نظر گرفته شد). ۳۰ نفر بصورت تصادفی ساده انتخاب، سپس در دو گروه (گروه مداخله و گروه گواه) بطور تصادفی جایگزین شدند. نحوه اجرای پژوهش به این روش بود که پس از اخذ مجوز لازم از اداره آموزش و پرورش و انتخاب آزمودنی ها، هدف پژوهش به آزمودنی ها گفته شد و از آنان رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد. بدلیل اینکه اکثر مدارس تک شیفته بودند، جلسات در ساعت ۳ الی ۴/۳۰ بعدازظهر خارج از ساعت کاری اجرا می شد. توافق های لازم با اداره آموزش و پرورش صورت گرفته بود که از طرف اداره در پایان کار پژوهش ۱۶ ساعت گواهی ضمن خدمت برای افراد هر دو گروه صادر گردد. برای افراد گروه گواه هم بعد از انجام آزمون پیگیری جلسات آموزشی برگزار شد. چند نفر از همکارانی که دارای تحصیلات روانشناسی هم بودند آشنایی کاملی از رویکرد پذیرش و تعهد نداشتند و این آموزش ها برای آن ها کاملاً جدید و تازگی داشت. ملاک ورود به مطالعه پایین بودن نمره صمیمیت زناشویی، داشتن سن ۳۰ تا ۵۵ سال، داشتن تحصیلات کاردانی و بالاتر؛ توانایی شرکت در جلسات و علاقمند بودن به شرکت منظم در جلسات

که دوره های آموزشی را تحت نظر مدرسین انجمن علم رفتاری بافتاری (ACBS: Association for Contextual Behavioral Science) گذرانده بود، به صورت گروهی و با کمک فیلم های آموزشی، بروشورها و کاربرگ ها اجرا شد. در دوره آموزشی ۴ نفر غایب بودند، یک جلسه دو نفر غایب و دو جلسه یک نفر غایب بودند. هیچ فردی بیش از یک جلسه غیبت نداشت. ساختار جلسات آموزش گروهی "درمان پذیرش و تعهد" برگرفته از کتاب هنرپروان و همکاران [۱۹]، عابدی و ایزدی [۲۰] و Harris [۲۱] می باشد.

آموزشی، طول مدت ازدواج ۵ تا ۲۰ سال و عدم شرکت قبلی یا همزمان در کلاس های آموزشی مشابه بود. همچنین ملاک های خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل پرسشنامه ها در مراحل اجرای پژوهش، غیبت بیش از یک جلسه و عدم ابتلا به اختلال روانشناختی حاد بود. گروه مداخله به مدت دو ماه، طی هشت جلسه (هفته ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه ای با روش "درمان پذیرش و تعهد" در یکی از مدارس شهر ابهر آموزش دیده و گروه گواه در لیست انتظار، به مدت پنج ماه، آموزش قرار گرفتند و بعد از پایان فرآیند پژوهش، گروه گواه نیز مورد آموزش قرار گرفتند. دوره آموزشی توسط پژوهشگر دانشجوی دکتری مشاوره

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد

جلسات	محتوی
جلسه اول	معرفی اعضای گروه، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قرار دادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، مطرح کردن اهداف درمان و فلسفه مداخله براساس این رویکرد بیان شد. درماندگی خلاق و سیستم‌های ناکارآمد گذشته معرفی شدند. افراد گروه با تلاش‌های گذشته سایر افراد برای به انجام رساندن اهداف آشنا شدند.
جلسه دوم	آموزش موضوع "کنترل مساله است، نه راه حل". چگونگی تاثیر ناکارآمد اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته، به عنوان راه حل ارائه گردید و این آگاهی در درمان جویان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات آن ها است. تلاش های ناکارآمد در کنترل هیجانات و کنترل ذهنی با استفاده از استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه و پاندول توضیح داده شد.
جلسه سوم.	این جلسه آموزش پذیرش و تمایل، جایگزینی برای کنترل بود. برای معرفی تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل تجربی، از استعاره مسابقه طناب کشی با هیولا و تمثیل آشفته‌گی پاک و ناپاک و استعاره مهمان ناخوانده استفاده شد.
جلسه چهارم	آموزش گسلش شناختی، آموزش مشاهده افکار ناخوشایند را مشاهده کنند و بارها و بارها تکرار کنند تا صدایی بی معنی شود. در این جلسه از استعاره "مسافران در اتوبوس" و استعاره "سربازان در حال رژه" استفاده شد.
جلسه پنجم	"خود به عنوان زمینه" آموزش داده شد. در این جلسه از استعاره خانه با مبلمان و استعاره صفحه شطرنج برای آموزش؛ خود مفهوم سازی شده، خود به عنوان یک فرآیند خودآگاهی پویا، خود مشاهده گر استفاده شد. بررسی تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده گری، توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات مورد سنجش قرار گرفت.
جلسه ششم.	در خصوص تمایز احساسات و ارزش‌ها بحث شد و برای درک بهتر ارزش‌ها و تمایز بین ارزش و هدف از استعاره "مراسم تدفین" استفاده شد.
جلسه هفتم	آموزش عمل متعهدانه، مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها، مواجهه افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی در تجربه‌ای مثل هیجان دشوار، خاطرات و تفکرات و موانع محیطی مثل عدم مهارت های اجتماعی، فقدان زمینه موانع پشتوانه و منابع حمایتی و شریک غیرحمایت کننده تشریح شد.
جلسه هشتم.	ارزیابی عمل متعهدانه، آموزش درمان جو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمان جو مهارت‌های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد، افراد مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان آماده شدند، راهبردهای ممکن، موانع درمان پذیرش و تعهد، عمل متعهدانه براساس درمان پذیرش و تعهد شناسایی شدند. خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل ارائه و پس از آزمون اجرا شد.

عقلانی (۰/۸۴)، جنسی (۰/۸۱)، جسمانی (۰/۸۰)، معنوی (۰/۸۷)، زیبا شناختی (۰/۷۵)، اجتماعی - تفریحی (۰/۸۴)، زمانی (۰/۷۶) و نمره کل (۰/۸۸) بدست آمد. این ابزار در ایران توسط اعتمادی [۱] ترجمه شد و ضریب روایی ملاکی پرسشنامه بر روی ۳۰ زوج مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان با "مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر" (Marital Intimacy Scale Thompson & Walke) مورد ارزیابی قرار داد که ضریب ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ بدست آمد [۱]. ودر پژوهش حسینی [۲۲] بر روی ۳۶ زوج مراجعه کننده به مراکز مشاوره تهران آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمده است.

در پژوهش حاضر روایی صوری این ابزار توسط هفت تن از مدرسین گروه مشاوره دانشگاه آزاد واحد ابهر مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن بر روی ۲۶۰ نفر از معلمان زن شهر ابهر اجرا شد. آلفای کرونباخ به ترتیب برای ابعاد صمیمت عاطفی (۰/۸۵)، روانشناختی (۰/۸۳)، عقلانی (۰/۷۴)، جنسی (۰/۷۲)، جسمانی (۰/۷۵)، معنوی (۰/۸۵)، زیبا شناختی (۰/۸۸)، اجتماعی - تفریحی (۰/۷۴)، زمانی (۰/۷۳) و نمره کل (۰/۸۴) بدست آمده است. پس از جمع آوری داده ها، در دوسطح

پیش آزمون قبل از اجرای مداخله آموزشی و پس آزمون پس از آخرین جلسه مداخله و سه ماه پس از پایان جلسات (پیگیری) در گروه مداخله و گواه انجام شد. گروه ها "بررسی نیازهای صمیمیت" (Intimacy Needs Survey) را تکمیل کردند. این ابزار در سال ۲۰۰۳ توسط Bagarozzi [۲] تهیه و تنظیم شده و دارای ۴۱ عبارت به صورت طیف لیکرت هیچ (۱) تا بسیار زیاد (۱۰) است و شدت نیازهای صمیمیت و ۹ مولفه آن (صمیمت عاطفی، روانشناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیبا شناختی، اجتماعی - تفریحی و زمانی) را اندازه گیری می کند. نمرات زمینه یابی نیازهای صمیمیت بدین صورت محاسبه می شود که برای ۹ مولفه صمیمیت، نمرات عددی بدست می آید که با جمع نمرات هر مولفه بدست می آید. دامنه نمره کل بین ۴۱-۴۱ می باشد و افرادی که نمره پایین تر از ۱۸۵ داشتند دارای صمیمیت پایین ارزیابی شدند. Bagarozzi [۳] روایی ملاکی ابزار را با "پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ" (Questionnaire Marital Satisfaction Enrich) بر روی ۱۰۰ زوج در آمریکا اندازه گیری کرد که ضریب ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ ابزار به ترتیب برای ابعاد صمیمت عاطفی (۰/۹۲)، روانشناختی (۰/۸۸)،

توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکووا) داده ها تحلیل شد. مقادیر متغیرها در پیش آزمون به عنوان کوواریت در نظر گرفته شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته ها

میانگین سنی گروه مداخله ۴۳ سال و گروه گواه ۴۶/۲۲ سال بود. قبل از انجام تحلیل داده ها، پیش فرض های آن بررسی شد. نتایج آزمون چولگی نشانگر این بود که در همه مولفه های صمیمیت زناشویی در

بازه بین ۳- و ۳ و کلیه ضرایب کشیدگی بین ۵- و ۵ قرار دارد. بنابراین، شرط اولیه برای نرمال بودن نمرات مولفه های صمیمیت زناشویی وجود دارد. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند. این یافته ها به ترتیب حاکی از آن هستند که فرض برابری واریانس ها برقرار است. بنابراین، شرایط استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و تحلیل کواریانس وجود دارد. در **جدول ۲** شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار صمیمیت زناشویی گروه ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش و مورد مقایسه قرار گرفته است. **جدول ۲** مقایسه میانگین مولفه های "زمینه یابی نیازهای صمیمیت" زناشویی دو گروه را در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به وسیله تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر را نشان می دهد.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات کسب شده معلمان در مولفه های "بررسی نیازهای صمیمیت" در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مراحل	گروه مداخله (Act)				گواه	F آماره	مقدار احتمال
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین			
صمیمیت عاطفی							۰/۰۰
پیش آزمون	۳/۳۰	۱۷/۴۶	۳/۶۳	۱۸/۷۳	۱۲/۲۰		
پس آزمون	۳/۳۱	۲۵/۱۳	۳/۷۰	۱۸/۸۶			
پیگیری	۳/۷۲	۲۵	۳/۶۵	۱۹/۶۶			
صمیمیت روانشناختی							۰/۰۰
پیش آزمون	۲/۱۶	۱۲/۴۶	۱/۸۶	۱۲/۲۶	۱۱/۸۰		
پس آزمون	۱/۴۷	۲۰/۲۰	۲/۲۴	۱۲/۲۰			
پیگیری	۱/۳۳	۱۹/۷۳	۲/۲۶	۱۲/۲۱			
صمیمیت عقلانی							۰/۰۱
پیش آزمون	۲/۲۳	۸/۸۶	۲/۲۶	۹/۴۶	۱۶/۹۹		
پس آزمون	۱/۷۶	۱۵/۴۶	۱/۵۳	۹/۲۶			
پیگیری	۱/۸۸	۱۵/۴۰	۱/۵۵	۹/۲۵			
صمیمیت جنسی							۰/۰۱
پیش آزمون	۱/۵۲	۷/۸۰	۱/۲۲	۸/۰۶	۱۵/۴۷		
پس آزمون	۰/۷۹	۱۱/۰۶	۱/۱۴	۸/۶۰			
پیگیری	۱/۰۳	۱۰/۷۳	۱/۲۳	۸/۲۸			
صمیمیت بدنی							۰/۰۱
پیش آزمون	۱/۳۰	۳/۱۳	۰/۸۹۹	۴/۳۳	۲۴/۴۳		
پس آزمون	۰/۹۸۶	۵/۶۶	۰/۸۶۱	۴/۲۰			
پیگیری	۰/۸۹۹	۵/۴۰	۰/۶۳۲	۴/۴۰			
صمیمیت معنوی							۰/۰۱
پیش آزمون	۳/۴۶	۳۸/۵۳	۴/۵۴	۴۲/۸۶	۱۷/۰۴		
پس آزمون	۴/۸۵	۴۸/۲۰	۵/۴۳	۴۳/۸۷			
پیگیری	۴/۱۷	۴۶/۶۶	۵/۳۳	۴۳/۱۵			
صمیمیت زیبایی شناختی							۰/۰۱
پیش آزمون	۲/۱۶	۱۲/۴۶	۱/۸۶	۱۲/۲۶	۱۷/۷۶		
پس آزمون	۱/۴۷	۲۰/۲۰	۲/۲۴	۱۲/۲۰			
پیگیری	۱/۳۳	۱۹/۷۳	۲/۲۶	۱۲/۲۱			
صمیمیت اجتماعی – تفریحی							۰/۰۱
پیش آزمون	۲/۲۳	۸/۸۶	۲/۲۶	۹/۴۶	۱۶/۳۹		
پس آزمون	۱/۷۶	۱۵/۴۶	۱/۵۳	۹/۲۶			
پیگیری	۱/۸۸	۱۵/۴۰	۱/۵۵	۹/۲۵			
صمیمیت زمانی							۰/۰۱
پیش آزمون	۱/۵۲	۷/۸۰	۱/۲۲	۸/۰۶	۱۵/۹۲		
پس آزمون	۰/۷۹	۱۱/۰۶	۱/۱۴	۸/۶۰			
پیگیری	۱/۰۳	۱۰/۷۳	۱/۲۳	۸/۲۸			

و پیگیری بوسیله تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان می دهد که آموزش درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش صمیمیت

نتایج **جدول ۲** میانگین و انحراف استاندارد مولفه های صمیمیت زناشویی و مقایسه میانگین مولفه ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون

تفریحی ($F = 16/39$, $P < 0/01$)، صمیمیت زمانی ($F = 15/92$, $P < 0/01$) می شود. برای بررسی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیر های وابسته از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

عاطفی ($F = 12/20$, $P < 0/01$)، صمیمیت روانشناختی ($F = 11/80$)، صمیمیت عقلانی ($F = 16/99$, $P < 0/01$)، صمیمیت جنسی ($F = 15/47$, $P < 0/01$)، صمیمیت بدنی ($F = 24/43$, $P < 0/01$)، صمیمیت معنوی ($F = 17/04$, $P < 0/01$)، صمیمیت زیبایی شناختی ($F = 17/76$, $P < 0/01$)، صمیمیت اجتماعی-

جدول ۳: نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی اثربخشی آموزش بر صمیمیت زناشویی در مرحله پس آزمون و پیگیری

آزمون ها	مقدار	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا
آموزش درمان پذیرش و تعهد	۰/۹۵۲	۱۶۹/۱۰	۰/۰۰	۰/۹۵۲
اثر پیلایی	۰/۰۴۸	۱۶۹/۱۰	۰/۰۰	۰/۹۵۲
لامبدای ویکلز	۲۰/۰۲	۱۶۹/۱۰	۰/۰۰	۰/۹۵۲
اثر هاتلینگ	۲۰/۰۲	۱۶۹/۱۰	۰/۰۰	۰/۹۵۲

مستقل ۰/۹۵۲ از واریانس کل را تبیین می کند. برای بررسی اثربخشی آموزش روش درمانی پذیرش و تعهد بر هریک از مولفه های صمیمیت زناشویی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شد.

طبق نتایج جدول ۳ هر چهار آزمون حاکی از اثربخشی متغیر مستقل حداقل یکی از متغیرهای وابسته است. به عبارت دیگر نتایج نشان داد گروه های مداخله و گواه حداقل در یکی از مولفه های صمیمیت زناشویی تفاوت معنی داری دارند ($P \leq 0/01$). با توجه به مقدار مجذور اتای آزمون لامبدای ویکلز (۰/۹۵۲) می توان تعیین کرد که متغیر های

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مولفه های صمیمیت زناشویی در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر مستقل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا
صمیمیت عاطفی						
پس آزمون						
گروه	۱۵۳۶/۸۷	۱	۱۵۳۶/۸۷	۶۳/۲۴	۰/۰۰	۰/۷۶
پیش آزمون	۵۵۸/۹۸	۱	۵۵۸/۹۸	۲۵/۵۶	۰/۰۰	۰/۵۴
پیگیری						
گروه	۱۴۸۷/۸۶	۱	۱۴۸۷/۸۶	۵۳/۲۶	۰/۰۰	۰/۷۳
پیش آزمون	۶۶۹/۵۶	۱	۶۶۹/۵۶	۲۳/۹۷	۰/۰۰	۰/۵۵
صمیمیت روانشناختی						
پس آزمون						
گروه	۱۷۲/۳۵	۱	۱۷۲/۳۵	۴/۵۱	۰/۰۰	۰/۳۵
پیش آزمون	۱۶۸۲/۵۷	۱	۱۶۸۲/۵۷	۴۴/۱۰	۰/۰۰	۰/۷۱
پیگیری						
گروه	۱۰۱/۳۵	۱	۱۰۱/۳۵	۵/۷۶	۰/۰۰	۰/۳۶
پیش آزمون	۱۶۸۲/۵۷	۱	۱۶۸۲/۵۷	۴۴/۱۰	۰/۰۰	۰/۷۱
صمیمیت عقلانی						
پس آزمون						
گروه	۲۷۷۴/۲۴	۱	۲۷۷۴/۲۴	۴۹۸/۲۸	۰/۰۰	۰/۹۸
پیش آزمون	۴۵۱/۹۳	۱	۴۵۱/۹۳	۷۵/۹۳	۰/۰۰	۰/۹۰
پیگیری						
گروه	۲۴۷۵/۲۲	۱	۲۴۷۵/۲۲	۱۲۸/۱۱	۰/۰۰	۰/۸۷
پیش آزمون	۵۴۸/۳۶	۱	۵۴۸/۳۶	۲۸/۳۸	۰/۰۰	۰/۶۱
صمیمیت جنسی						
پس آزمون						
گروه	۲۸۳۴/۷۷	۱	۲۸۳۴/۷۷	۱۲۱/۱۰	۰/۰۰	۰/۹۵
پیش آزمون	۶۴/۶۱۰	۱	۶۴/۶۱۰	۱۰/۴۱	۰/۰۰	۰/۴۲
پیگیری						
گروه	۲۸۴۷/۵۷	۱	۲۸۴۷/۵۷	۱۲۸/۹۸	۰/۰۰	۰/۹۶
پیش آزمون	۶۸/۳۱	۱	۶۸/۳۱	۳/۰۱۴	۰/۰۱	۰/۳۲
صمیمیت بدنی						
پس آزمون						
گروه	۳۱۰۷/۰۳۱	۱	۳۱۰۷/۰۳۱	۵۱۷/۴۸	۰/۰۰	۰/۹۸
پیش آزمون	۳۱/۶۴	۱	۳۱/۶۴	۶/۶۶	۰/۰۱	۰/۳۸

پیگیری					
گروه	۳۴۸۰/۲۰	۱	۳۴۸۰/۲۰	۲۹۸/۳۶	۰/۹۷
پیش آزمون	۲۱۷/۸۶	۱	۲۱۷/۸۶	۶/۹۸	۰/۳۸
صمیمیت معنوی					
پس آزمون					
گروه	۲۷۵۲/۱۶	۱	۲۷۵۲/۱۶	۱۵۳/۲۰	۰/۹۵
پیش آزمون	۳۰۹/۶۲	۱	۳۰۹/۶۲	۲۱/۶۶	۰/۵۲
پیگیری					
گروه	۴۳۴/۷۵	۱	۴۳۴/۷۵	۱۶/۴۹	۰/۶۲
پیش آزمون	۳۷۵/۱۶	۱	۳۷۵/۱۶	۱۴/۲۳	۰/۴۸
صمیمیت زیبایی شناختی					
پس آزمون					
گروه	۲۸۶۵/۷۵	۱	۲۸۶۵/۷۵	۱۵۲/۲۰	۰/۹۶
پیش آزمون	۶۸/۵۱	۱	۶۸/۵۱	۸/۲۰	۰/۴۰
پیگیری					
گروه	۱۶۸۱/۱۰	۱	۱۶۸۱/۱۰	۱۱/۵۵	۰/۶۹
پیش آزمون	۷۵/۶۹	۱	۷۵/۶۹	۱۱/۱۹	۰/۶۸
صمیمیت اجتماعی - تفریحی					
پس آزمون					
گروه	۲۷۰۰/۷۹	۱	۲۷۰۰/۷۹	۲۷۶/۶۸	۰/۹۶
پیش آزمون	۱۹۷/۰۱	۱	۱۹۷/۰۱	۲۲/۲۶	۰/۶۸
پیگیری					
گروه	۲۵۳/۹۲	۱	۲۵۳/۹۲	۴۹/۲۰	۰/۷۸
پیش آزمون	۹۳/۷۹	۱	۹۳/۷۹	۱۸/۱۷	۰/۶۵
صمیمیت زمانی					
پس آزمون					
گروه	۸۳۷/۷۸	۱	۸۳۷/۷۸	۷۷/۵۳	۰/۸۶
پیش آزمون	۱۶۹/۷۶	۱	۱۶۹/۷۶	۷۲/۵۴	۰/۸۴
پیگیری					
گروه	۹۱۰/۰۲	۱	۹۱۰/۰۲	۷۱/۲۸	۰/۷۳
پیش آزمون	۱۷۸/۷۷	۱	۱۷۸/۷۷	۱۵/۴۱	۰/۵۶

آزمون بونفرونی برای مقایسه های دو تایی مداخله ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درموفله های صمیمیت زناشویی استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در همه مولفه های "بررسی نیازهای صمیمیت" زناشویی بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. اما بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بحث

یافته ها نشان داد آموزش گروهی "درمان پذیرش و تعهد" موجب افزایش صمیمیت زناشویی زنان معلم شد. این یافته با یافته های Christensen و همکاران [۱۲]، Peterson و همکاران [۱۳]، Baruch و همکاران [۱۴]، Carson و همکاران [۱۵]، Brennan و همکاران [۲۳]، عرب نژاد و همکاران [۱۶]، لسانی [۱۷]، هنر پروران و کاشفی [۱۸]، حسینی [۲۲]، توکلی [۲۴]، رحمانیان و همکاران [۲۵]، مردزاده و پیرخانفی [۲۶] همسو می باشد. به عنوان مثال عرب نژاد و همکاران [۱۶] در پژوهش خود نشان دادند که "درمان پذیرش و تعهد" موجب ارتقای صمیمیت زناشویی می شود. Christensen و همکاران [۱۲] در پژوهش خود یافتند که "درمان پذیرش و تعهد" موجب ارتقای رضایت زناشویی می شود. همچنین Peterson و همکاران [۱۳] در پژوهش خود نشان دادند که "درمان مبتنی بر

طبق نتایج جدول ۴ آموزش "درمان پذیرش و تعهد" تاثیر معناداری بر نمرات پس آزمون و پیگیری داشت که با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت در مرحله پس آزمون ۷۶ درصد تغییرات صمیمیت عاطفی، ۳۵ درصد تغییرات صمیمیت روانشناختی، ۹۸ درصد تغییرات صمیمیت عقلانی، ۹۵ درصد تغییرات صمیمیت جنسی، ۹۸ درصد تغییرات صمیمیت بدنی، ۹۵ درصد تغییرات صمیمیت معنوی، ۹۶ درصد تغییرات صمیمیت زیبایی شناختی، ۹۶ درصد تغییرات صمیمیت اجتماعی- تفریحی، ۸۶ درصد تغییرات صمیمیت زمانی در مرحله پس آزمون ناشی از اثربخشی آموزش گروهی "درمان پذیرش و تعهد" است. همچنین در مرحله پیگیری ۷۳ درصد تغییرات صمیمیت عاطفی، ۳۶ درصد تغییرات صمیمیت روانشناختی، ۸۷ درصد تغییرات صمیمیت عقلانی، ۹۶ درصد تغییرات صمیمیت جنسی، ۹۷ درصد تغییرات صمیمیت بدنی، ۶۲ درصد تغییرات صمیمیت معنوی، ۶۹ درصد تغییرات صمیمیت زیبایی شناختی، ۷۸ درصد تغییرات صمیمیت اجتماعی- تفریحی، ۷۳ درصد تغییرات صمیمیت زمانی در مرحله پیگیری ناشی از اثربخشی آموزش گروهی "درمان پذیرش و تعهد" است. بنابراین، می توان گفت آموزش گروهی "درمان پذیرش و تعهد" موجب افزایش معنی دار مولفه های صمیمیت زناشویی شد ($P < 0.01$).

روابط زوجی در افراد را به شیوه‌های جدید تجربه کنند و در نتیجه درگیری کمتری با آن‌ها داشته باشند. افکار و موقعیت‌های اجتنابی همچون مانعی برای رشد و پیشرفت رابطه محسوب می‌شوند. باید آن را جدا کرد و پذیرفت. شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعهد به آن فرصتی را فراهم می‌کند تا به شیوه‌ای رفتار کنند تا رضایت و به تبع آن کیفیت ارتباط افزایش یابد و از رنج روانشناختی و میان‌فردی کاسته شود [۱۰].

در طول جلسات آموزش "درمان‌پذیرش و تعهد" با ارائه روش پذیرش احساسات بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث نزدیکی و صمیمیت و موجبات رفتار انعطاف‌پذیر همخوان با ارزش‌ها فراهم گردید. آموزش گروهی "درمان‌پذیرش و تعهد" موجب ایجاد پیوندهای محکم عاطفی و پاسخ‌گویی عاطفی مناسب بین زوجین می‌شود که بنای اعتماد، صمیمیت و همبستگی در میان آن‌ها گذاشته می‌شود. ایجاد چنین پیوندهایی موجب ارتقای صمیمیت زناشویی می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی "درمان‌پذیرش و تعهد" موجب افزایش صمیمیت زناشویی زنان معلم می‌شود. با توجه به اینکه آموزش گروهی "درمان‌پذیرش و تعهد" موجب ارتقای صمیمیت زناشویی می‌شود بدین جهت استفاده از روش درمانی ذکر شده برای مشاوران و درمانگران پیشنهاد می‌شود. در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت؛ جامعه آماری پژوهش حاضر از شهر اهر انتخاب شده است و مسلماً بین شهرهای کشور ایران از نظر فرهنگ و آداب و رسوم تفاوت‌هایی وجود دارد لذا در تعمیم یافته‌های این مطالعه، احتیاط شود.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه پایان نامه دکتری دانشجو حسن الهی‌فر به راهنمایی آقای دکتر محمد قمری می‌باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران انجام شده است. کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی برابر با IR.IAU.SRB.REC.1397.074 می‌باشد. از مسئولین آموزش و پرورش شهرستان اهر، همکاران و فرهنگیان این شهرستان علی‌الخصوص از معلمانی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

References

1. Etemadi O. [Comparative study of educational psychological approach and communication therapy on increase of couples intimacy]. Tehran University of Teacher Education of Tehran; 2006.
2. Nazari M, Nawibinejad S. [Investigating the effect of communication improvement program on marital satisfaction of couples both employees]. Counsel Res. 2005;13(2):35-60.
3. Bagarozzi D. Enhancing Intimacy in Marriage. USA: Branner-Rouledye Tylor & Forancis Group; 2013.

پذیرش و تعهد" موجب ارتقای سازگاری زناشویی می‌شود. مردزاده و پیرخانفی [۲۶] در پژوهش خود نشان دادند که آموزش "درمان‌پذیرش و تعهد" موجب ارتقای انعطاف‌پذیری و شفقت به خود می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه در پژوهش‌های انجام شده کمتر به موضوع اثربخشی درمان‌پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی پرداخته شده و محدود پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده است به مولفه‌های صمیمیت زناشویی نپرداخته‌اند و نمره کل را در نظر گرفته‌اند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج سایر پژوهش‌ها همسو می‌باشد از نظر پژوهشگران می‌تواند به این نکته اشاره داشته باشد که در "درمان‌پذیرش و تعهد" به پذیرش احساسات و عواطف، کشف و پابندی به ارزش‌ها تأکید می‌شود که این امر همواره باعث ایجاد تعادل عاطفی و روانی می‌شود و این تعادل می‌تواند موجب فراهم شدن رضایت و سازگاری در جنبه‌های مختلف زندگی و بویژه صمیمیت زناشویی بشود. در پژوهش حاضر برای دست‌یابی به هدف ارتقای صمیمت از روش‌های "درمان‌پذیرش و تعهد" از جمله استعاره‌ها، راهبردهای پذیرش، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تناقض‌ها و کار در مورد ارزش‌ها استفاده شد. دلیل اثربخشی "درمان‌پذیرش و تعهد" بر صمیمیت زنان این بود که در جلسات گروهی به جای تلاش برای مدیریت و حفظ عوامل موثر بر صمیمیت زناشویی، کشف ارزش‌های هر فرد از طریق شناسایی آن‌چه برای فرد مهم است و این که چگونه هر فرد می‌تواند با رفتار متناسب با ارزش‌های شخصی، زندگی معناداری برای خود و همسرش بسازد، تمرکز شد. همچنین در مرحله گسلش آگاهی از رویدادها، بدن، افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آن‌ها، منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی ویژه شد و فرد به این نکته پی‌برد که انسان متفاوت از افکارش است. آگاهی از افکار و احساسات، منجر به تغییر ارتباط فرد با افکار و احساس صمیمانه با افراد دیگر شد. زمانی که افراد توانستند به این مهارت دست یابند، از مشکلات و موانع آگاه شدند و راه حل‌های مناسبی پیدا کردند که هماهنگی مفهومی برای این افراد ایجاد می‌شد.

از سوی دیگر، روش‌های ذهن‌آگاهی در "درمان‌پذیرش و تعهد" منجر به واقع‌دیدن و پذیرش هیجانات همان‌طور است که اتفاق می‌افتد. افرادی که به علت حمایت بین فردی موقعیت‌ها و محرک‌های اطراف خود را تنش‌زا می‌دانند؛ درمان و هزینه زیادی را صرف فرار از نگرانی و دیگر رویدادهای منفی (اجتناب تجربی) می‌کنند. در نتیجه در برابر هیجانات پاسخ‌های ناسازگارانه از خود نشان می‌دهند [۱۳]. در "درمان‌پذیرش و تعهد" با افزایش شناخت و پذیرش ذهن، آگاهانه به زوج‌ها کمک می‌کند تا افکار و عکس‌العمل‌های منفی مرتبط با

4. Mazlomi S. [The impact of the marriage enrichment program on the increasing intimacy of unobtrusive couples]. University of Rehabilitation Sciences and Welfare; Tehran 2007.
5. Hatfield E, Bensman L, Rapson RL. Love and Intimacy. 2012;550-6. doi: 10.1016/b978-0-12-375000-6.00224-x
6. Twohig MP. Introduction: The basics of acceptance and commitment therapy. New York, NY: Elsevier Science INC; 2012.

7. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1-25. doi: [10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006) pmid: 16300724
8. Forma E, Herbert J. *New Directions in Cognitive Behavior Therapy: Acceptance Based Therapies, Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Treatments in Your Practice.* Wiley: Hoboken, New Jersey; 2018.
9. Hosseinian S, Pordelan N, Heidari H, Salami S. [Analysis of exhaustion vocational nurses structure with structural analysis of burnout among nurses considering Acceptance, Commitment, and Emotion Regulation]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2014;24(113):37-46.
10. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013;44(2):180-98. doi: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002) pmid: 23611068
11. Flaxman P, Blackledge J. *Acceptance and Commitment Therapy: Distinctive Features.* New York 2011.
12. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(2):176-91. doi: [10.1037/0022-006X.72.2.176](https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.176) pmid: 15065953
13. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cogn Behav Pract.* 2009;16(4):430-42. doi: [10.1016/j.cbpra.2008.12.009](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009)
14. Baruch DE, Kanter JW, Busch AM, Juskiewicz KL. Enhancing the Therapy Relationship in Acceptance and Commitment Therapy for Psychotic Symptoms. *Clin Case Stud* 2009;8(3):241-57. doi: [10.1177/1534650109334818](https://doi.org/10.1177/1534650109334818)
15. Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Mindfulness-based relationship enhancement. *Behav Ther.* 2004;35(3):471-94. doi: [10.1016/s0005-7894\(04\)80028-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80028-5)
16. Arab Nejad S, Berask B, Abu al-Ma'ali K, Al Hosseini K. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on increasing marital intimacy and reducing marital conflict]. *Hum Soc Sci.* 2014;2(8):89-93.
17. Lashani L. [The effectiveness of intervention based on acceptance and commitment with mindfulness on the marital satisfaction of wives of Spaniard Spouses]. Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2013.
18. Kashefi Z, Honanrparvaran N. [Evaluate the effectiveness of couple Therapy based on Commitment and Acceptance on reducing marital conflict working couples Isfahan education]. *IJBPA.* 2015;4(10):213-20.
19. Honarparvaran N, Mirzaei K, Nayeri A, Lotfi M. [Practical guide for therapists in treatment based on admission and commitment]. Iran: Omid Mehr; 2015.
20. Izadi R, Abedi M. [Treatment Based on Admission and Commitment]. Tehran Jangal Publication; 2015.
21. Harris R. *ACT with love: Step Struggling Reconcile Differences, and Strengthen Your Relationship with Acceptance and Commitment Therapy.* Oakland: New Horbinger publication; 2012.
22. Hoseeni B. [Comparison of the effectiveness of emotion-centered and axis-based therapy on improving the components of intimate and marital adjustment and making the proposed model]. Tehran University of Allame Tabatabai Tehran; 2011.
23. Brennan DP, Georg H, Eifert F, Sarah D. Using Acceptance and Commitment Therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *J Cogn Behav Pract.* 2014;16:430-42.
24. Tavakoli H. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in increasing happiness, quality of life and reducing the burnout of teachers]. Behshahr Islamic Azad University, Behshahr Branch; 2017.
25. Sabzevari Moghaddam A, Mousavi SA, Jafari Jozani R, Azizi Fahliyani M, Ajalli A. Comparison of the Theory of Mind in Bipolar Patients and Healthy Individuals and its Relationship with Personality Dimensions. *J Health Promot Manag.* 2018;6(6):30-6. doi: [10.21859/jhpm-07045](https://doi.org/10.21859/jhpm-07045)
26. Ghiyasvandian S, Zakerimoghaddam M, Ebadi A, Abdolrahimi M. Facilitators and Barriers of Communication between Nursing Student and Patient: A Systematic Review. *J Health Promot Manag.* 2017;7(3):59-68. doi: [10.21859/jhpm-07038](https://doi.org/10.21859/jhpm-07038)