

اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین در شرف طلاق

مهدی حسینی نژاد^۱، فاطمه بیان فر^۲

^۱ دانشجوی مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور واحد سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

هدف از این تحقیق اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین در شرف طلاق بود. که پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی از نظر شیوه گردآوری داده ها جزء پژوهش های نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه آزمایش و کنترل می باشد. جامعه آماری مورد نظر در این پژوهش شامل زوجین در شرف طلاق منطقه ۶ شهر تهران بودند که تعداد ۴۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند. در این تحقیق از جلسات زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی گراهام بی اسپنیر (RDAS) استفاده شد و برای تبیین سوال های تحقیق از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته های پژوهش نشان داد که زوج درمانی تعهد و پذیرش ۰/۳۹۹ درصد تغییرات رضایت زناشویی زوجین و همچنین زوج درمانی پذیرش و تعهد ۰/۳۹۳ درصد تغییرات کیفیت زندگی زناشویی و به میزان ۰/۱۷۷ درصد تغییرات در افزایش توافق زوجین و ۰/۱۲ درصد تغییرات در افزایش رضایت از زندگی را تبیین می کند. بنابراین اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین در شرف طلاق تاثیر مثبت و معناداری دارد.

واژه های کلیدی: زوج درمانی، پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی زناشویی، رضایت زناشویی، طلاق.

مقدمه

کوشش برای افزایش تراز سلامت روانی و بهبود روابط زوجین در راستای افزایش پایداری خانواده و پیشگیری از آشفتگی زندگی زناشویی و رخداد طلاق ارزنده است. چه بسا بهره گیری از مداخلاتی که بنیان های فلسفی و جهت گیری های نگرشی آن ها با دیدگاه و ارزش های زوجین همخوان و فاقد تعارض و تضاد باشد، تأثیر عمیق و ماندگارتری نشان دهد؛ زیرا افزون بر نقش مهم رابطه درمانی که مستلزم تفاهم بهینه در زمینه شناختی است، آشنا پنداری نگرش و ارزش های بستر ساز اصول و کاربست های مشاوره و روان درمانی نیز پذیرش و همکاری زوجین را در راستای بهبود زندگی فردی و زناشویی آسان می سازد. دو متغیر بهزیستی روان شناختی و رضایت زناشویی در زمره برجسته ترین نمودهای سلامت فردی و میان فردی زوجین قرار دارند. کیفیت زندگی زوجین مستلزم سعی در کم کردن فاصله بین انتظارات و آرزوها و آن چیزی است که واقعاً اتفاق می افتد، یک زندگی کیفی و خوب، معمولاً به صورت خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فایق آمدن بر مشکلات بروز می کند. در واقع کیفیت زندگی به وسیله فرد ارزیابی و توصیف می شود (شی، ۲۰۱۶) و از مهم ترین مؤلفه های مفهوم کلی بهداشت محسوب می مفاهیم بسیاری از قبیل سازگاری، رضایت، شادمانی، یکپارچگی و تعهد برای کیفیت زندگی زناشویی استفاده شده است (الیس، ۱۹۸۹). کیفیت زندگی زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و باهم بودن، احساس شادمانی و رضایت دارند (خسروی علیا، ۱۳۹۶). به نظر می رسد که رضایت زناشویی به طور مستقیم و غیرمستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی رابطه داشته باشد، درحالیکه مشخص شده است نارضایتی از ازدواج منجر به تنش و اضطراب و در نهایت انحلال واحد خانواده می شود (شاکفورد، ۲۰۰۸).

از جهتی دیگر سلامت روانی به عنوان مؤلفه ای از ویژگی های شخصی، همیشه با رضایت زناشویی همبسته است (هانیس، ۲۰۱۷؛ خادمی اشک زری، پیرایی، بروجردیان و خادمی اشک زری، ۱۳۹۴). همچنین برخورداری از بهزیستی روان شناختی با رضایت از زندگی همبسته است (وینفیلد، گیل، تیلور و پیلکینگتون^۵، ۲۰۱۲). رضایت زناشویی همچون نمودی از شادی برآمده از وضعیت پیوند زناشویی و عملکرد زناشویی دلخواه تعریف شده است که از تعاملات کارآمد، تجارب خوشایند و رضایت از زندگی مشترک ناشی می شود (گودارد، مارشال، اولسون و دنیس^۶، ۲۰۱۲). رضایت زناشویی نشانگر اعتماد متقابل، احساس خرسندی از رابطه، احترام و حمایت دوجانبه و پایداری پیوند زناشویی زوجین است و با کیفیت زندگی همبستگی چشمگیری دارد (رحمانی، توفیقی و بحرانی، ۱۳۹۶). رضایت زناشویی در بررسی های متعدد، همچون یکی از برجسته ترین عوامل برای پایداری پیوند زناشویی به شمار آمده است (حجت پناه و رنجبر کهن، ۱۳۹۲) و به خوبی تراز بالای تعهد زناشویی و وفاداری به همسر را پیش بینی می کند (جانسون و اندرسون^۷، ۲۰۱۲)؛ ولی کاهش رضایت زناشویی در افزایش احتمال وقوع طلاق مؤثر است (دلونکیس و زویکر^۸، ۲۰۱۷). درواقع می توان با اطمینان بالا گفت که یکی از پیامدهای کاهش رضایت زناشویی، افزایش آمار طلاق است، سلامت روانی نیز همچون یک عامل فردی در پیشگیری از وقوع طلاق تأثیر عمیقی دارد (زارع، قمری گیوی و ولیزاده، ۱۳۹۵).

یکی از روش های درمانی اخیر نیز درمان پذیرش و تعهد^۹ می باشد که نام خود را از پیام اصلی اش می گیرد: «آنچه خارج از کنترل شخصی تو هست را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می سازد، متعهد باش، تأکید این درمان رفتار درمانی موج سوم) بر خلاف موج اول و دوم رفتار درمانی، بر تغییر درجه اول نیست بلکه این نوع رفتار درمانی بر تغییر درجه دوم تأکید

^۱-Shi^۲-Ellis^۳-Shackelford^۴Haniss^۵-Winefield, Gill, Taylor & Pilkington^۶-Goddard, Marshall, Olsen & Dennis^۷-Jahnson & Anderson^۸-DeLongis & Zwicker^۹ Acceptance and commitment therapy , ACT^{۱۰}Second order change

دارد؛ یعنی به جای تغییر در رفتار به دنبال تغییر در ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه های بافتی^{۱۱} از جمله ارتباط درمانی می باشد تمرکز بر تغییر گسترده تر شده است و تأکید بر تغییر رفتارهای قابل مشاهده بیرونی و رفتارهای درونی مانند فکر نیست (هیز، استروزال و ویلسون^{۱۲} ۲۰۱۰). از دیدگاه روش پذیرش و تعهد شکل گیری رفتارهای مختلف در انسان متأثر از شرایط زندگی (دوره اولیه کودکی، اواسط و اواخر کودکی و اوایل سن بلوغ) است، به بیان دیگر، زمینه ها و تجارب هر فرد در زندگی است که پایه رفتارهای رمانتیک و عاشقانه را در زندگی طرح ریزی می کند و تعاملات کلامی افراد در دوران کودکی و اواخر دوران کودکی و بلوغ جنسی، روابط زوجی آنها را در آینده تحت تأثیر قرار می دهد بنابراین، طبق نظریه چهارچوب ارتباطی^{۱۳}، زبان و تعاملات کلامی در عین حال که تجربه عشق و صمیمیت را پریار می کند مشکلاتی را نیز به وجود می آورد که می توان از طریق روش پذیرش و تعهد در جهت حل این مشکلات گام برداشت (گیلفورد^{۱۴}، ۲۰۰۹). درمان پذیرش و تعهد برای رسیدن به افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان، از طریق پذیرش، تمرکز بر لحظه های حال و تعهد به ارزش ناشی از زندگی تلاش می کند (لفتی^{۱۵} ۲۰۱۱). درمان پذیرش و تعهد رویکردی فرایند مدار است که به عنوان یکی از روان درمانی های موج سوم شناخته می شود (پاول و همکاران^{۱۶} ۲۰۰۹). درمان پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه وتحلیل رفتار بالینی است که در روان درمانی مورد استفاده قرار می گیرد (هیز^{۱۷}، ۲۰۱۳) و یک روش درمانی است که تمرکز حواس متمرکز شدن بر یک روش خاص است: بر روی هدف (در لحظه ی حال، قضاوت غیرمنصفانه) و پذیرش (گشودگی، تمایل به حفظ ارتباط) و مهارت هایی برای پاسخ به تجارب غیرقابل کنترل و در نتیجه متعهد شدن به ارزشهای شخصی را می آموزد. درمانی برای کمتر کردن نگرانی ها همراه با از بین بردن افکار ناخواسته، هیجان ها و احساسات است (آنژیولا و بوئن^{۱۸}، ۲۰۱۳) درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد بر کنترل محتوای تفکرات و عواطف تأکید دارد (هیز و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۸) و بر آن است تا افراد آگاهی بیشتری نسبت به تصمیمات خود را داشته و بر آن متعهد باشند (فورمن و باترین^{۲۰}، ۲۰۱۵). از این رو، این شیوه درمانی به مراجع کمک می کند تا به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی دست یابد. چگونگی ارتباط بین زوجین می تواند عاملی کلیدی در ایجاد انعطاف پذیری و کاهش یا افزایش خطرات مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد (قمری و خوشنام، ۱۳۹۰). با توجه به افزایش طلاق و جدایی زوجین، ضرورت برنامه هایی جهت ارتقاء رضایت مندی زناشویی کیفیت زندگی زوجین از آنجا که می تواند بر پایداری و بهبود روابط زناشویی بیانجامد ایجاب می کند که روشی مداخله ای برای بهبود این روابط اتخاذ شود. لذا با توجه به خلا تحقیقاتی و ابهام گسترده در نتایج تحقیقات گذشته هدف این تحقیق پاسخگویی به این سوال است که آیا زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی و کیفیت زندگی زناشویی زوجین در شرف طلاق اثر معناداری دارد؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی از نظر شیوه گردآوری داده ها جزء پژوهش های نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه آزمایش و کنترل می باشد. جامعه آماری مورد نظر در این پژوهش شامل زوجین در شرف طلاق منطقه ۶ شهر تهران بودند که تعداد ۴۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند که در این بین معیارهای ورود به مداخله شامل یکسال از ازدواج زوجین گذشته باشد، در بازه سنی ۲۰-۵۰ سال قرار داشته باشند، هیچ نوع بیماری روانی یا جنسی نداشته

^{۱۱}Content assumptions

^{۱۲}Hayes, Strosahl & Wilson

^{۱۳}Relational frame theory

^{۱۴}Guilford

^{۱۵}Lofty

^{۱۶}Pavell

^{۱۷}Hayes

^{۱۸}Angiola, Bowen

^{۱۹}Forman, Butryn

باشند و به یکی از شعب دادگاه خانواده جهت طلاق مراجعه کرده باشند. در این تحقیق در جلسات زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به موضوعاتی از این قبیل بررسی ارتباط و وضعیت ارتباطی زوجین، بررسی مشکل از دیدگاه زوجین، مفهوم سازی مشکل از دیدگاه مشاور، معرفی کنترل به عنوان مشکل، معرفی راهکارهای متداول کنترل افکار و احساسات، آشنایی با ماهیت اصلی افکار و داستان های ذهنی، معرفی لایه های روان شناختی، آشنایی با نحوه جدا شدن از افکار و احساسات ناخوشایند، پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، بیان اهمیت توجه به میزان کارآمدی افکار و احساسات، آشنایی با مقوله های مختلف ارزش های زندگی، شناسایی ارزش های زوجین، آشنایی با اهریمن های ذهنی (موانع قدم برداشتن در مسیر ارزش ها)، مفهوم سازی هدف و بیان وجه تمایز آن با ارزش، آشنایی با انواع مختلف اهداف، ایجاد یک طرح عملیاتی، آشنایی با موانع اصلی تغییر، معرفی تمایل به عنوان پادزهر موانع تغییر و طرح نهایی اشتیاق و عمل، جمع بندی پرداخته شد.

در پژوهش حاضر از دو پرسشنامه استفاده شد که یکی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، این پرسشنامه توسط اولسون و همکاران در ۱۹۸۹ تدوین شده است. این ابزار شامل ۴۷ ماده است. اولسون و دیگران، اعتبار آن را با روش ضریب آلفا، ۹۲٪ گزارش داده اند. و دومی پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی گراهام بی اسپنر (RDAS) برادبوری، فینچام و بیچ (۲۰۰۰)، که دارای ۱۴ گویه می باشد. این ابزار از سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می دهند و نمرات بالا نشان دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. پایایی پرسشنامه به شیوه ی آلفای کرونباخ در مطالعه ی هولیست، کودی و میلر (۲۰۰۵) برای سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام به ترتیب از، ۷۹، ۸۰/۰ و ۹۰/۰ گزارش شده است. در نهایت ابتدا با آزمون چولگی-کشیدگی نرمال بودن داده ها تعیین و سپس برای تبیین فرضیه های تحقیق از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته های تحقیق

با توجه به یافته های توصیفی بیش از ۵۵ درصد افراد زیر ۴۰ سال سن دارند. حدود ۳۵ درصد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. و بیش از ۷۵ درصد افراد کمتر از ۳ سال از ازدواج آنها گذشته است. همچنین بمنظور تعیین نرمال بودن یا نرمال نبودن توزیع نمونه آماری آزمون چولگی و کشیدگی انجام شد. علت استفاده از این آزمون برای بررسی نرمال بودن اینست که در حجم نمونه پایین و کمتر از ۵۰۰۰، آزمون چولگی و کشیدگی مناسبتر از آزمون کلموگرف-اسمیرنف است (هیر، ۲۰۰۹). با توجه به اینکه مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای مورد مطالعه در بازه (۲، -۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ کجی متغیرهای پژوهش نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی متغیرها نیز در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار است. بنابراین با توجه نرمال بودن داده ها از آزمون های پارامتریک برای تبیین فرضیه های پژوهش استفاده می شود. قبل از اجرای آزمون پیش فرض تجانس واریانس بررسی شد.

جدول ۱- نتایج آزمون لوین فرضیه اول

سطح معناداری	df2	df1	F	
۰/۱۲۴	۳۸	۱	۱۰/۹۹	رضایت زناشویی
۰/۰۵۹	۳۸	۱	۳/۷۸	کیفیت زندگی
۰/۱۴۸	۳۸	۱	۲۰/۶۸	توافق
۰/۰۹۲	۳۸	۱	۱۱/۱۲	رضایت
۰/۶۷۲	۳۸	۱	۰/۱۸۲	انسجام

جداول ۱ لوین را نشان می دهد. میزان $sig > 0/05$ لذا در هر دو گروه تجانس واریانس وجود دارد و می توان از آزمون کوواریانس برای مقایسه گروه ها استفاده کرد. همچنین در تمامی گروه ها اثرات بین فردی دارای اختلاف می باشد لذا می توان از آزمون کوواریانس جهت تبیین تاثیر زوج درمانی تعهد و پذیرش بر متغیرهای پژوهش استفاده کرد. اثرات بین فردی در اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زناشویی در شرف طلاق را نشان می دهد که با توجه به نتایج میزان

معناداری متغیر وابسته (رضایت زناشویی) کمتر از ۰,۰۵ بدست آمده لذا بین افراد در پیش و پس آزمون اختلاف معناداری وجود دارد.

جدول ۲- نتایج آزمون کوواریانس در اثر بر رضایت زناشویی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
۷۰۱/۹	۱	۷۰۱/۹	۲۴/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹	۰/۹۹۸
خطا	۴۰	۲۸/۵				
مقدار ثابت						

رضایت زناشویی

با توجه به معناداری $\text{sig} < 0/05$ که کمتر از ۰/۰۵ می باشد لذا نتایج حاکی از آن است که آموزش اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زناشویی زوجین در شرف طلاق تاثیر گذار بوده است لذا می توان بیان کرد که با سطح اطمینان ۹۹ درصد زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زناشویی زوجین در شرف طلاق تاثیر معناداری دارد همچنین ضریب اتا نشان می دهد که زوج درمانی تعهد و پذیرش ۰/۳۹۹ درصد تغییرات رضایت زناشویی زوجین را تبیین می کند.

جدول ۳- نتایج آزمون کوواریانس در اثر زوج درمانی بر کیفیت زندگی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
۴۰۴/۳	۱	۴۰۴/۳	۲۳/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳	۰/۹۹۸
خطا	۴۰	۱۶/۸				
مقدار ثابت						
۴۸/۶	۱	۴۸/۶	۷/۹۶	۰/۰۰۸	۰/۱۷۷	۰/۷۸۵
خطا	۴۰	۶/۱۰۹				
مقدار ثابت						
۲۱/۹۳	۱	۲۱/۹۳	۵/۰۳	۰/۰۳۱	۰/۱۲	۰/۵۸۹
خطا	۴۰	۴/۳۶				
مقدار ثابت						
۰/۲۵۹	۱	۰/۲۵۹	۰/۱۳۳	۰/۷۱۷	۰/۰۰۴	۰/۰۶۵
خطا	۴۰	۱/۹۴				
مقدار ثابت						

کیفیت زندگی

توافق

رضایت

انسجام

نتایج جدول ۳، با توجه به معناداری $\text{sig} < 0/05$ که کمتر از ۰/۰۵ می باشد لذا نتایج حاکی از آن است که اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زوجین در شرف طلاق و مولفه های توافق و رضایت تاثیر گذار بوده است اما بر مولفه انسجام تاثیر معناداری ندارد. لذا می توان بیان کرد که با سطح اطمینان ۹۹ درصد اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زوجین در شرف طلاق تاثیر معناداری دارد و ضریب اتا نشان می دهد که زوج درمانی پذیرش و تعهد ۰/۳۹۳ درصد تغییرات کیفیت زندگی زناشویی و به میزان ۰/۱۷۷ درصد تغییرات در افزایش توافق زوجین و ۰/۱۲ درصد تغییرات در افزایش رضایت از زندگی را تبیین می کند.

بحث و نتیجه گیری

با افزایش آمار طلاق و جدایی زوجین، شناخت روش های کاهش تعارضات بین زوجین و بهبود کیفیت زندگی زناشویی و متعاقبا رضایت زناشویی از اهمیت گسترده ای برخوردار شده است لذا در این پژوهش به موضوع اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین در شرف طلاق پرداخته شد که یافته های تحقیق نشان داد که

اثر بخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین در شرف طلاق تاثیر مثبت و معناداری دارد.

در تبیین یافته های بدست آمده در مورد تأثیر آموزش افزایش پذیرش و متعهد بودن روانشناسان بالینی به افراد برای برخورداری از یک زندگی غنی و پرمحتوا راهکارهایی در راستای پذیرش متعهد ارائه می دهند آن ها معتقدند برای کمک به رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین در شرف طلاق با اشاره بر مبانی نظری درمان متمرکز بر پذیرش با استفاده مؤثر از ذهن آگاهی، شناسایی ارزش ها، عدم سرکوب یا فرار از افکار، در راه رسیدن به این هدف باید به درمانجو کمک کرد. درمان پذیرش و تعهد روی پذیرش باورها در مقابل چالش ذهنی، بودن در زمان حال، گسلش شناختی، توصیف احساسات بدن، معنا دادن به آن ها زندگی مبتنی بر ارزش های شخصی تمرکز دارد تا در راه رسیدن به هدف اصلی آن که افزایش پذیرش است کمک شود، شایان ذکر است که ذهن یک «چیز» یا «شیء» نیست بلکه مجموعه پیچیده های از فرایندهای شناختی نظیر تحلیل، مقایسه، ارزیابی، برنامه ریزی، یادآوری و تصور و نظیر اینها است؛ به عنوان استعاره های برای زبان آدمی به کار می رود، شناخت بوسیله زبان یکی از بزرگترین منفعت های تکاملی آدمی احتمالاً در پیش بینی و حل مشکلات بود. این یافته ها با نتایج برهانی کاخکی (۱۳۹۹)، حیدریان و همکاران (۱۳۹۹)، نریمانی و باقرمحبی (۱۳۹۷)، کاوسیان (۱۳۹۶)، بیگلن (۲۰۱۶)، براسینگتون، فریبا، یاتس، فرن، النزا، کمپ و گیلندرز (۲۰۱۶) و چانگ (۲۰۱۴) همراستا بود.

شواهد فراوانی گویای آن است که زوج ها در جامعه امروز برای برقراری و حفظ روابط صمیمانه و داشتن رضایت از زندگی زناشویی و حفظ سلامت روانی خانواده و در نتیجه بهزیستی روانشناختی به مشکلات زیاد و فراگیری دچار هستند و در حقیقت معضل پریشانی زناشویی بیشتر از هر طبقه دیگر از تشخیص روانپزشکی دلیل مراجعه درمانجویان به مراکز بهداشت و سلامت روانی است (برنشتاین و برنشتاین ۱۹۹۰). اگر یک زوج قادر به حفظ یک رویکرد دوطرفه حل سازنده مسایل برای رفع اختلاف های اجتناب ناپذیر خود نباشند، تعارض بین آنها رشد خواهد کرد؛ کاهش فراوانی این تبادلات و تعارضات منفی و افزایش میزان احساس مثبت از زندگی زناشویی را می توان از اهداف برنامه های مداخلات زوج درمانی برشمرد (کسیسیر و همکاران ۲۰۱۸). همچنین کاهش عمر ازدواج در اکثر جوامع و بالا رفتن آمار طلاق و میانگین سن ازدواج و عمر کوتاه آن هشدارهایی است که توجه به آن باعث سلامت و بهزیستی زندگی خانوادگی و در نتیجه جامعه می گردد (تیرگری، ۱۳۸۳). با توجه به اینکه طلاق را می توان عامل فروپاشی خانواده در نظر گرفت، پس طلاق علت فروپاشی مهمترین نهاد جامعه پذیری در جامعه انسانی (پروین، داوودی و محمدی، ۱۳۹۱)؛ از طرفی پژوهش های متعدد نشانگر این موضوع است که طلاق آثار سوء بسیاری به دنبال دارد؛ از جمله تحقیقات موسایی و همکاران (۱۳۹۰) که نشان دادند طلاق فروپاشی فردی، خانوادگی و اجتماعی را در پی داشته و برای زنان نسبت به مردان اثرات منفی بیشتری دارد. یوسفی و همکاران (۱۳۹۰) نیز پرخاشگری کودکان طلاق را بیشتر از کودکان عادی برشمردند و همچنین این موضوع که طلاق والدین در اختلالات رفتاری کودکان بسیار مؤثر است (خوشابی، ۱۳۸۶). از مهمترین مولفه ها در فرایند زندگی زناشویی رضایت زناشویی و کیفیت زندگی است که به ارزیابی ذهنی زوجین از ازدواج خویش و جنبه های مختلف آن برمی گردد کیفیت زندگی به وجود عناصری بستگی دارد که باعث استحکام و تداوم این رابطه و ایجاد تفاهم می گردد (خجسته مهر، فرامرزی و رجبی، ۱۳۹۱). رضایت زناشویی یکی از نیازهای روابط زوجین است و به طور تجربی تایید شده است که کیفیت روابط بین شخصی زوجین پیوند عمیقی با ابعاد روان شناختی عاطفی و جسمانی و بهزیستی روانشناختی آنان دارد (خانزاده، ۱۳۹۰). اگر نگرش های مثبت و رضایت در زندگی پایین باشد، موجبات تعاملات نامناسب در زوجین می گردد و می تواند منجر به میل به طلاق گردد (آلدن و تیلور، ۲۰۱۴).

^۱ Biglan

^۲ Brassington, Ferreira, Yates, Fearn, Lanza, Kemp, Gillanders

^۳ Chung

^۴ Berneshtine & Berneshtine

^۵ Kessier

^۶ Alden & Teylor

رویکردهای مشاوره و زوج درمانی نیز در پی کاهش تجارب منفی زندگی زناشویی و افزایش تجربه مثبت و کاهش جدایی زوجین و آمار طلاق و پیشگیری از عواقب سوء آن بر خانواده و جامعه و نیز افزایش علاقمندی طرفین است و به خاطر تقاضای زیاد زوج ها این رویکردهای درمانی ایجاد و توسعه داده شده است (گارمن و نیزکرن، ۱۹۸۴). زوج درمانی ترکیبی پذیرش و تعهد و طرحواره محور توسط لئو (۲۰۱۴) جهت بررسی اثر بخشی مشکلات بین فردی زوجین و نیز مک کی و اسکین (۲۰۱۴) برای اثربخشی مشکلات بین فردی زوجین و تجارب احساسی - عاطفی آنان انجام شده است که این بررسی نتایج مثبتی را نشان داده و گزارش می دهند.

منابع و مراجع

۱. فارسیجانی، حسن؛ فیضی، کامران؛ شفیعی نیک آبادی محسن. (۱۳۹۰). تأثیر نیروهای رقابتی سازمان بر کاربرد دانش جهت بهبود عملکرد زنجیره تأمین در صنعت خودرو. چشم انداز مدیریت بازرگانی، شماره ۶، پیاپی ۳۹، ص ۹۲-۷۱.
۲. اخوان بی تقصیر، زهرا؛ ثنائی ذاکر، باقر؛ نوایی نژاد، شکوه و فرزاد، ولی الله (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت و سازگاری زناشویی زوجها. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۵ (۲): ۱۲۸-۱۲۱
۳. پسندیده ع (۱۳۹۶). رضایت زناشویی. نشر: سازمان چاپ و نشر دارالحديث.
۴. جواهریان، راحله. ۱۳۹۱. اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان شناختی زنان متاهل. پایان نامه ارشد. دانشگاه آزاد رودهن.
۵. حاج ابول زاده، نامور (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی با رویکرد شناختی - رفتاری بر میزان سازگاری زناشویی زوجین ساکن شهرستان کرج. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.
۶. حیدریان آرزو، اسدپور اسماعیل، محسن زاده فرشاد، زهراکار کیانوش. اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری های پستان ایران. ۱۳۹۹؛ ۱۳ (۱): ۳۴-۲۴
۷. خالدی، انسیه. ۱۳۹۰. پیش بینی طرحواره های ناسازگار اولیه از طریق شیوه های فرزند پروری یانگ در افراد معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد رودهن.
۸. خانجانی وشکی، سحر؛ شفیعی آبادی، عبدالله؛ فرزاد، ولی الله و فاتحی زاده، مریم (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۷ (۴)، ۴۰-۳۱.
۹. خدابخش ر، خسروی ز، شاهنگیان ش (۱۳۹۴). تأثیر روان درانی مثبت نگر بر علائم افسردگی و توانمندی های منش در بیماران مبتلا به سرطان. پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۱ (۱)، ۴۹-۳۵.

^۱Garman & Nizkern

^۲Lev

^۳Mackay & Skinn

۱۰. خسروی علیا طیبه، فلاح چای سید رضا. بررسی رابطه مقابله زوجی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان در شیراز. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری های پستان ایران. ۱۳۹۶؛ ۱۰ (۴): ۵۹-۶۸.
۱۱. خشنود، قاسمعلی و بهرامی زاده، حمید ۱۳۹۱. طرحواره ناسازگار اولیه، صمیمیت و پرخاشگری .
۱۲. رجبی، ساجده و یزد خواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روان شناسی، سال ششم، شماره ۱ (۲۱): ۲۹-۳۹.
۱۳. رحمانی، کبری؛ توفیقی، بهمن و بحرانی، محمدرضا (۱۳۹۶). مقایسه رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان شناختی و تاب آوری زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیر فرهنگی و زنان خانه دار شهر بوشهر. پیشرفت ها نوین در علوم رفتاری، ۲ (۱۱)، ۳۸-۵۴.
۱۴. روزبهی م، خداپرست نصرآباد سفلی ن (۱۳۹۵). رابطه بین باورهای ارتباطی و سازگاری زناشویی با رضایت جنسی. نشر: کتیبه نوین.
۱۵. زارع، رقیه؛ قمری گیوی، حسین و ولیزاده، بهزاد (۱۳۹۵). ارزیابی سلامت روانی زنان در حال طلاق مراجعه کننده به پزشکی قانونی اردبیل. مجله پزشکی قانونی، ۹۴: ۷۸-۸۷.
۱۶. زهتاب نجفی ع، درویشه ز، پیوسته گر م. (۱۳۹۰). رابطه بین بخشودگی و رضایت زناشویی زوجین کرمانشاهی. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، ۲ (۸)، ۳۳-۲۳.
۱۷. عرب زاده احمد، سودانی منصور، شهبازی مسعود. اثربخشی رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تاب آوری و بهزیستی روان شناختی زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره. دوفصلنامه روانشناسی خانواده. ۱۳۹۹؛ ۷ (۱)
۱۸. عظیمی فر، شیرین؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، احمد و عابدی، احمد (۱۳۹۵). مقایسه ی اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی شهر اصفهان. یک پژوهش مورد منفرد. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت. ۳ (۲): ۸۱-۵۶.
۱۹. علیخانی ل (۱۳۹۵). صمیمیت موثر بر رضایت زناشویی. نشر: آرنا.
۲۰. علیزاده موسوی، ابراهیم؛ هادی طرقي، حسین؛ رستمی، ملیحه؛ همتی عالی، سونا و برادران، زهرا (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زوجین. نشر آذین مهر
۲۱. فرش چی م، محمدی کلهری س (۱۳۹۴). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در رضایت زناشویی. نشر: لوح محفوظ.
۲۲. فلکسمن، پل. ا؛ بلک لج، ج. ت و باند، فرانک و (۱۹۷۰). تند آموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای بند. ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال (۱۳۹۳)، تهران: انتشارات ارجمند.
۲۳. قمری، محمد و خوشنام، امیر حسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲ (۲۲)، ۹۲۴ - ۹

۲۴. کاوه فارسانی، ذکریا (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سازگاری و رضایت زناشویی زنان متأهل روستایی شهرستان فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، گرایش خانواده، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.

۲۵. کریمی، مروارید (۱۳۸۶). ازدواج و سازگاری زناشویی. مشاوره مدرسه، دوره ی دوم، شماره ۴. ص ۲۱-۲۰.

۲۶. لشنی، لیلا (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با ذهن آگاهی بر رضایت مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .

۲۷. نریمانی، اکرم و محبی، محمد باقر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد بر سازش یافتگی زوجی زنان. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۸(۱)، ۱۸۲-۱۶۶.

۲۸. همتی، معصومه، مداحی، محمدابراهیم، حسینیان، سیمین، خلعتبری، جواد (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی بر مبنای طرحواره درمانی و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب آوری خانواده. مطالعات زن و خانواده، ۶(۲)، ۱۴۵-۱۶۳.

۲۹. یوسفی، ن (۱۳۹۰). مقایسه ی اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوین بر طرحواره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۳(۴)، صفحه ۷۳-۳۵۶.

۱. Akturk, E (2006). Marital satisfaction in Turkish remarried families: comparison among Marital, status, effect of step children and contributing. Factors. Unpublished Masters Thesis, Middle East Technical Univesity, Ankara.
۲. Angiola , JE. , Bowen , A.M (2013). Quality of life in advanced cancer an acceptance and commitment therapy view. Couns Psychol 2013;41 (2):313– 335
۳. Arntz , A.(2008). Schema-focused therapy for borderline personality disorder: effectiveness and costeffectiveness, evidence from a multicenter trial. Eur Psychiat , 23: S65-6
۴. Baranoff & Tian 2007.Young schema questionnaire: review of psychometric and measurement issues. Australian journal of psychology, 59, 2, 78- 86.
۵. Blakely Gerald L, Andrews Martha C, Fuller Jack(2003).Are chameleons good citizens? A Logitudinal Study of the relationship Between Self-monitoring and Organizational Citizenship. Journal of Business and Psychology, Vol, 18, No.2.
۶. Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L. , Levin, M. E., Twohig, M. P.(2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. [Journal of Anxiety Disorders](#), 28, 6; 612–624
۷. 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, ۵(۴), ۲۰۸- ۲۱۴.

۸. Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. [Behaviour Research and Therapy](#), 49, 6–7: 389–398.
۹. Chauchard E, Levin KH, Copersino M L, Heishman SJ, Gorelick DA (2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: are they related to relapse? *Addictive Behaviors*; 38(9): 2422–2427.
۱۰. Chodorow, N (2014). Family structure and feminine personality: In *Women, Culture, and society* by M. Z. Rosaldo and L. Lamphere (Eds.): PP. 42-66; Stanford, C A: Stanford University press.
۱۱. Chung, K., Choi, E.(2014). Attachment styles and mother's well-being among mothers of preschool children in Korea: The mediating role of marital satisfaction. *Personality and Individual Differences Journal*. 69(17): 135–139.
۱۲. Crawford, H. M., & Unger, R (2014). *Women and gender*, New York. Mcgraw Hill company.
۱۳. Epstein, N. & Baucom, D. B (2018). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
۱۴. Faircloth, A. L (2017). Resilience as a mediator of the relationship between negative life events and psychological well-being. *Electronic Theses & Dissertations*. Georgia southern university.
۱۵. Flaxman, P.E., & Bond, F. W (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. [Behaviour Research and Therapy](#), 48, 8: 816–820.
۱۶. Gilligan, C (2012). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. ombridge, M. A: Harvard University Press.
۱۷. Gorchoff, S. M (2008). *Marital satisfaction in women: Determinants, Change and Consequences*. Ph. D. Dissertation, University of California, Berkely.
۱۸. Greef, A. P (2010). Characteristic of families that function well. *Journal of Family Issues*, 21, 948-962.
۱۹. Harris R. (۲۰۰۶). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia* ; 21(4):2-8.
۲۰. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: The Guilford Press;
۲۱. Hayes, S. C. , Levin, M. E. , Plumb-Villardaga, J. , Villatte, J. L. and Pistorello, J (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, ۴۴, ۱۸۰-۱۹۶.
۲۲. Hoffmann, D., Halsboe, L., Eilenberg, T., Jensen, J., & Frostholm, L (2014). A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. [Journal of Contextual Behavioral Science](#), 3, 3: 189–195.

۲۳. Iskender M, Akin A (2011). Self-compassion and internet addiction. TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology; 10(3): 215-221.
۲۴. Jacob, G. A., & Arntz, A. 2013. Schema Therapy for Personality Disorders-A Review. International Journal of Cognitive Therapy, 62, 171-185.
۲۵. Jiang H., Wang L., Zhang Q., Liu D.X., Ding J., Lei Z., Lu Q., Pan F (2015). Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses. Stress Health, 31(2), 166-74.
۲۶. Joseph S., Wood A (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: theoretical and practical issues. Clinical psychology review, 30, 830-838.
۲۷. 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.
۲۸. Lev, A. (2012). A new group therapy protocol combining acceptance and commitment therapy (ACT) and schema therapy in treatment of interpersonal disorders: A randomized controlled trial. Psy D dissertation. Wright institute, Berkeley, CA.
۲۹. Lopelowicz A., Zarit R., Smith V. G., Mintz J., Liberman R. P (2003). Disease management in Latinos with schizophrenia: A Family-Assisted Skills training approach. Schizophrenia Bulletin, 29 (2), 211.
۳۰. Lotfy M, (2011) . The World Health Organization's WHOQOLBREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res 2011;13 (2):299– 310
۳۱. McKay, M., Fanning, P., Lev, A. & Skeen, M. (2013). The interpersonal problems workbook: ACT to end painful relationship patterns. Oakland, CA: New Harbinger publications.
۳۲. Olson, D. H., & Olson, A (2009). Preventive approaches in couple therapy. New York: Taylor, Francis pub.
۳۳. Parks-Sheiner AC. (۲۰۰۹). Positive psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help. East Eisenhower Parkway: University of Pennsylvania.
۳۴. Ryan, R. M. & Deci, E. L (2001). "To be happy or to be eudaimonic well-being". In S. Fiske (Ed.), Annual Review of Psychology, 52, 141-166.
۳۵. Ryff Carol D, Singer BH, Love GD (2004). Positive health: Connecting well-being with biology, Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B: Bio Sci ۳۵۹.
۳۶. Schumacher, J. A., Leonard, K. E (2005). Husbands and wives marital adjustment verbal aggression and physical aggression as longitudinal predictors of physical aggression in early marriage. Journal of Consulting and clinical psychology. 73(1): 28-37.
۳۷. Senf K, Liao A. (۲۰۱۳). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. J Happiness Stud ; 14(2): ۵۹۱-۶۱۲.

۳۸. Shi, Leming, et al. (۲۰۱۶). The MicroArray Quality Control (MAQC) project shows inter- and intraplatform reproducibility of gene expression measurements. *Nature biotechnology*, 24.9: 1151.
۳۹. Winefield, H. R., Gill, T. K., Taylor, A. W., & Pilkington, R. M (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2(3), 1-14.