

مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار شهر شیراز

فاطمه هوشیار^۱، کریم افشاری نیا^{۲*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۶ صص: ۱۸-۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی تاثیر زوج درمانی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار مراجعه کننده به دادگاه خانواده شهر شیراز بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زوجین ناسازگار شهر شیراز که به دادگاه خانواده در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده اند بود. تعداد ۴۵ زوج (۹۰ نفر) به روش تصادفی بعنوان نمونه انتخاب که در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۳۰ نفری، ۱۵ زوج) به صورت برابر و تصادفی جایگزین شدند. ابزار این پژوهش شامل، جلسات درمانی زوج درمانی رفتاری ارتباطی و درمان ACT و پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی باسبی، کران لارسن و کریستین (۱۹۹۵) بود. داده ها با استفاده از (تحلیل کواریانس و آزمون لوین) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد، بین این دو درمان از لحاظ تاثیر بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار تفاوت معنادار وجود دارد، زوج درمانی رفتاری اثر بیشتری در افزایش کیفیت روابط زناشویی داشت. بنابراین می توان نتیجه گرفت، زوج درمانی رفتاری در افزایش کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار موثر است. لذا می توان برای کاهش مشکلات ارتباطی زوجین ناسازگار و بهبود روابط زناشویی آن ها در مراکز زوج درمانی استفاده نمود.

واژه های کلیدی: زوج درمانی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت روابط زناشویی، زوجین ناسازگار.

^۱ دکتر مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

* مسئول نویسنده مقاله: k.afshariniya@yahoo.com

مقدمه

خانواده یکی از رکن های اصلی جامعه به شمار می رود. دست یابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط بر برخورداری افراد آن، از سلامت روانی و داشتن رابطه های مطلوب با یکدیگر است. زیر بنای شکل گیری و تحول این نظام کوچک اجتماعی روابط زن و شوهر است (Sedaghatkhan & Behzadipor, 2017). کیفیت روابط زناشویی^۱ مفهومی چند بعدی و شامل ابعاد گوناگون روابط زوجین مانند، سازگاری، رضایت، شادی انسجام و تعهد است. ابراز رضایت بالا از رابطه، داشتن نگرش های مثبت به همسر و سطوح پایین خصومت و رفتارهای منفی، نشان دهنده کیفیت روابط زناشویی مطلوب می باشد. کیفیت روابط زناشویی یک پیش بینی کننده مهم تداوم زناشویی است. سلامت ذهنی، احساس بهزیستی، سعادتمندی و شادمانی با رضایتمندی زوجی مترادف است. با توجه به این موضوع، کیفیت روابط زناشویی معادل رضایتمندی از زندگی زناشویی تعریف می شود (Shahi, Ghaffari & Ghasemi, 2014). روابط زناشویی به منزله منبع اولیه حمایت و عاطفه هستند و از همسران انتظار می رود تا یک رابطه انحصاری، صداقت، علاقه، عاطفه و صمیمیت و حمایت از خود نشان دهند. به گونه ای که از لحاظ ویژگی های زناشویی مشخص شده است که ارتباط موثر و کارآمد میان شوهر و همسر مهم ترین جنبه خانواده های دارای عملکرد مطلوب می باشد. خانواده هایی که روش برقراری ارتباط و ارسال پیام را به خوبی یاد گرفته اند الگوهای سالمی را تشکیل می دهند و در نتیجه تعارضات و مشکلات کمتری را در زندگی خود تجربه می کنند (Sedaghatkhan & Behzadipor, 2017).

(Kel & Spanir, 1976) کیفیت زناشویی را بعنوان موفقیت و عملکرد یک ازدواج توصیف کرده اند. (Harper, Schaalje & Sandberg, 2000) ((Larson & Holman, 1994) بیان کردند کیفیت زناشویی یک مفهوم پویا است زیرا ماهیت و کیفیت روابط میان افراد در خلال زمان تغییر می یابد که این مطلب امکان شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت یک رابطه را فراهم می نماید. هر چند ممکن است که این قبیل روابط پیچیده بوده و حاوی تعاملات میان متغیرهای بسیار باشند. سه رویکرد عمده برای مفهوم سازی کیفیت روابط زناشویی وجود دارد. رویکرد اول مربوط به (Adital & Yoav, 2005; Liyoss & Spiner, 1979) است که کیفیت روابط زناشویی را ترکیبی از سازگاری و شادمانی می داند. رویکرد دوم مربوط به (Crowley, Bradury & Fincham, 1987) (2006) است. براساس این رویکرد کیفیت روابط زناشویی منعکس کننده ارزیابی کلی فرد از رابطه زناشویی است. رویکرد سوم مربوط به (Troxwl, 2006; Marks, 1989) که تلفیقی از رویکرد لیویس

¹ Quality of marital contact

کارکرد مهمی داشته و یا تحت تاثیر رفتار همسر باشد. افزون بر این، زوجینی که در زندگی زناشویی دچار اختلافاتی هستند، برای حل اختلاف هایشان با دشواری های فراوانی روبه رو می باشند که ضرورت کمک گرفتن از مشاوران مجرب را دو چندان می کند. این رویکرد راهنمایی های عملی را در دسترس مشاوران قرار می دهد تا از طریق شیوه های عینی و رفتاری به تصحیح روابط همسران و غنی سازی روابط آنها و آموزش شیوه برقراری ارتباط کارآمد پرداخته و آنان را در حل اختلافشان یاری رسانند. برنامه آموزشی جلوگیری از بروز آشفتگی و تعارض، با استفاده از مهارت های ارتباطی و رفتاری و همچنین روش های مدیریت تعارض در زوج ها باعث می شود که زوج ها سطح بالاتری از مهارت های ارتباطی مناسب و مثبت و سطح پایین تری از ناسازگاری رفتاری و مهارت های منفی ارتباطی را نشان دهد (Nazarifar & Soodani, 2016). زوج درمانی رفتاری-ارتباطی برنشتاین، یکی از مؤثرترین شیوه های خانواده درمانی، درمانهای ارتباطی و شناختی-رفتاری می باشد که کاربرد زیادی را به همراه داشته است. رویکردهای ارتباطی مربوط به درمان اختلاف های زناشویی، تعارض ها و کشمکش ها موجود در روابط زن و شوهر را نتیجه مهارت های ناپسندیده مراجعان در برقراری ارتباط و یا ناشی از ناتوانی آنان در حل مؤثر مشکلات تلقی می کنند. رویکردهای ارتباطی، اغلب با سه فرض اساسی به بررسی ازدواج و روابط زناشویی می پردازند: ۱- تعارض های زناشویی غیر قابل اجتنابند. هدف درمان های ارتباطی حذف کامل این تعارض ها نیست بلکه تلاش می کنند تا به آن جهت دهند و آنها را در مسیرهایی سازنده به کار اندازند. ۲- ارتباط در دو سطح کلامی و غیر کلامی روی می دهد و یکی از دلایل اصلی بروز اختلاف های زناشویی، ناهماهنگی پیام هایی است که به طور همزمان توسط این دو سطح منتقل می شوند. ناهماهنگی پیام های کلامی و غیر کلامی هنگامی افزایش می یابد که افراد قادر نیستند پیام خود را به شکلی مستقیم و آزاد ابراز کنند. ۳- همسران در شیوه های برقراری ارتباط با یکدیگر تفاوت دارند. البته، چنین اختلافهایی قابل پیش بینی است و انتظار وقوع آنها نیز وجود دارد، اما اگر شیوه های برقراری ارتباط هرکدام از افراد شناسایی نگردد و معتبر تلقی نشود تعارض و کشمکش ظاهر خواهد شد. (Bornstein & Bornstein, 1986, trans Sohrabi, 2003)

این نظریه، دیدگاهی بسیار سودمند را از ترکیب موفق سه نظریه متفاوت تبادل اجتماعی^۱، رفتار-درمانی^۲ و شناخت-درمانی^۳ آرایه می دهد. بنابراین مهمترین ویژگی های این دیدگاه ها، به اختصار مطرح می شوند:

¹ social exchange theory

² behavioral theory

³ cognitive therapy

نظریه تبادل اجتماعی: این نظریه به موازات جلب نظر رفتار درمانگران از فرد به روابط خانوادگی به وجود آمد. مطابق این نظریه افراد در صدد به حداکثر رساندن پاداش ها و به حداقل رساندن هزینه ها در روابط خود می باشند. در یک رابطه موفق و موثر هر دو طرف در جهت به حداکثر رساندن پاداش های دو جانبه تلاش می کند (Nikolz & C shoartz, 2006, trans, Dehghani, Ganavi, Najariyan & Rasooli.2008)

نظریه رفتاری: فرض اساسی نظریه رفتاری این است که کلیه اختلاف ها و تعارضات موجود در روابط زن و شوهر تابع قوانین و اصول یادگیری می باشند. از این دیدگاه ازدواج منبع منافع متقابل است و هر رابطه ای تا حدی رضایت بخش است که زوجین برای همدیگر منافی داشته باشند. رفتار درمانی همواره به دنبال ایجاد تغییرات رفتاری، آموزش ارتباط و مهارت حل مسئله است و هدف آن این است که زوجین را قادر سازد تا با تفاوت های فردی شان به گونه ای کنار بیایند که نرخ پاداش ها در رابطه افزایش و تقویت های منفی کاهش یابد (Fowers, 2001).

شناخت-درمانی، نیز دارای ویژگی هایی است. این روش که، به نوعی موفق ترین روش درمان اختلال های اضطرابی و افسردگی است، کار را با این فرضیه اساسی آغاز می کند که بیماری ها و اختلال های روانی از شناختهای اشتباه، باورها و عقاید نادرست، و نگرش های غلط ناشی می شود. بنابراین برای بهبود فرد و رهایی او از مشکلات روانی، باید موارد زیر مورد توجه قرار گیرد: ۱- باید شناخت ها، باورها و نگرش های مشکل آفرین شناسایی شوند و با ابزارهای بالینی ارزیابی گردند. ۲- اقدامات درمانی در جهت تصحیح این مسائل صورت می گیرد و درمان نیازمند مشارکت فعالانه مراجع است. روان درمانگر، همراه با پیشرفت درمان، باز هم از پرسشنامه ها و سیاهه های خود-سنجی و دیگر-سنجی استفاده می کند تا نحوه ی تغییر شناخت ها و نگرش ها، میزان توفیق درمان یا نیاز به اصلاح آن و میزان پیشرفت درمان سنجیده شود. ۳- درمان با تلاش درمانگر و مراجع در جهت انتقال نتایج به خارج از جلسه درمان و تثبیت آنها پایان می یابد. هرچند که درمانگر ممکن است، همچون مورد رفتار-درمانی، از مراجع بخواهد در یک یا چند جلسه پیگیری نیز شرکت کند. این جلسات، معمولاً مدت ها پس از پایان درمان برگزار می شوند، چرا که درمانگر مایل است از میزان تداوم نتایج مثبت درمان، در طول زمان، آگاه شود و بداند که آیا مراجع، کماکان، «درمان شده» باقی مانده است یا خیر (Fghirpoor, 2004).

هدف اصلی درمان اکت برای زوجین، کمک به افزایش انعطاف پذیری رفتاری و روان شناختی زوجین برای انتخاب واکنش های مؤثر در لحظاتی است که طرحواره فعال می شود. این عمل از طریق ۶ مرحله اکت میسر می شود: «ارزشها، واکنش متعهدانه، شکاف شناختی، خود به عنوان

محتوا، ارتباط با زمان حال و پذیرش». این ۶ مرحله مهارت‌هایی هستند که منجر به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و کاهش اجتناب تجربی می‌شوند (Lou & McKay, trans, Nejat & Frotan, 2018). (Mckay, Lou & Skeen, 2012). (2018 محققانی). (با استفاده از فرمول بندی طرحواره) را در مشکلات بین فردی ارزیابی کردند. یک آزمایش کنترل شده تصادفی با استفاده از متغیر وابسته ان مصاحبه مشکلات بین فردی با تأثیر بالا (درجه کوهن ۱/۲۳) برای مداخله اکت انجام شد. لو و مک کی این مداخله را برای زوجین نرم کردند. آزمایش کنترل شده تصادفی با استفاده از متغیرهای وابسته که شامل مقیاس ارزیابی روابط (RAS) بین فردی و پرسشنامه تجربیات با اندازه تأثیر متوسط (درجه کوهن ۹۴/۷۱ و ۱/۰۵) می‌شود و تفاوت معنی‌داری بین گروه کنترل و درمان مشاهده شد. نظریه پردازان ACT به منظور نشان دادن فرایندی که از طریق آن، شناخت در آسیب‌شناسی روان نقش بازی می‌کند از چهارچوب رابطه استفاده می‌کنند. چون نظریه چهارچوب رابطه نظریه‌ای زمینه‌گرا است، تأکید کمی بر محتوای شناخت و هیجان دارد. اما در عوض بر زمینه‌ای تأکید دارد که فکر و هیجان در آن رخ می‌دهند و نیز ویژگی‌های زمینه‌ای دیگر که تنظیم می‌کنند که چگونه بر عمل تأثیر دارد. (Hafman, (Olatunji, Forsyth & Feldner, 2007) (2008) می‌نویسد، سازه‌ها و مفهوم اساسی در ACT آن است که رنج‌ها و تاملات روان‌شناختی به وسیله اجتناب نمودن از تجارب شناخت درمانی در هم تنیده شده، شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق یافتن با ارزشهای اساسی ایجاد می‌گردد. بنابر این هدف اصلی در این رویکرد آن است که فرد با کنترل موثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده یک زندگی پر بار و معنادار برای خود بوجود آورد، هدف درمانگر ACT کاهش علائم نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع از علائم رها شود. تمایل به داشتن افکار و احساسات منفی، به معنای خواستن آنها نیست. تمایل از تسلیم رویدادهای درونی شدن نیز متفاوت است. ACT اصلاً بر این فرض نیست که انسانها باید شرایط بیرونی آزار دهنده و آسیب‌زایی که واقعا قدرت تغییر را دارند، تحمل کرده یا بپذیرد. معنای تمایل در ACT، پاسخدهی به رویدادهای درونی به صورت باز، غیر دفاعی و انعطاف‌پذیر است (Batten, 2011). پیام اصلی در ACT پذیرش آنچه که در خارج از کنترل شخص بوده و تعهد نسبت به انجام هر آنچه که در کنترل فرد است می‌باشد (Matani, 1997) توضیح می‌دهد که ACT به این معنا نیست که ما از مراجع بخواهیم هر موقعیتی را (مانند روابط توهین‌آمیز) بپذیرد. اما به هر حال برخی شرایط باید نهایتاً پذیرفته شوند. به عنوان مثال: اگر خاطرات و رویدادهای گذشته، مراجع را آشفته و پریشان نموده است باید بپذیرد که این اتفاقات رخ داده و اکنون بایستی آنها را بپذیرد و احساس همراه با این وقایع را تغییر دهد. قدم اول در درمان نیز شناسایی حیطه‌های قابل تغییر و غیر قابل تغییر می‌باشد. تروماهای گذشته نمونه‌ای

از موارد غیر قابل تغییر بوده که بهتر است پذیرفته شوند (Divani, 2008, Honarparvaran, Mirzayikiya, Nayeri & Lotfi, 2014)

محققان با هدف بررسی تاثیر زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوج ها به این نتیجه دست یافتند که، زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوجین موثر است (Arsalaneh, Habibi, Salimi, Shakarami & Davarnia, 2017). در پژوهشی محققان با هدف بررسی اثر بخشی غنی سازی زندگی زناشویی بر اساس نظریه انتخاب بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زوج ها نشان دادند، با توجه به اینکه میزان صمیمیت به شکل گسترده ای بر کیفیت روابط زناشویی زوج ها اثر گذار است، مداخله غنی سازی زندگی زناشویی بر اساس نظریه انتخاب با اصلاح و افزایش تعامل ها بین زوج ها باعث افزایش صمیمیت و بهبود کیفیت روابط زناشویی آنها می شود (Fathallahzadeh, Mirseifard, Kazemi, Saadati & Navabinejad, 2017). شفیق آبادی، فرزاد و فاتحی زاده (Khanjanivashki, Shafiabadi, Farzad & Fatehizadeh, 2016). با هدف مقایسه اثر بخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض دریافتند که روشهای زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زناشویی زوجین متعارض تغییرات معنی داری ایجاد کرده اند. محمد ابراهیمی، رفاهی و رضوی نعمت اللهی (Mohammadebrahimi, Refahi & Razavinematolahi, 2013). با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری-ارتباطی برنشتاین بر تعارضات، کیفیت زندگی و سلامت روانی زوجین نشان داد رویکرد رفتاری-ارتباطی برنشتاین باعث کاهش تعارضات و بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی زوجین شده است. داس، سیمپسون و کرسستین (Doss, Simpson, & Christensen, 2014) با هدف بررسی اثر بخشی زوج درمانی رفتاری بر روی روابط جانبازان نشان دادند، اثر زوج درمانی رفتاری بر روی روابط جانبازان در ویژگی های جمعیت شناختی، روانی و ارتباطی مثبت است. به همین جهت در مطالعه حاضر هدف مقایسه اثربخشی دودرمان رفتاری ارتباطی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار است که زوجین ناسازگار و متعارض مورد مطالعه قرار می گیرد.

فرضیه‌ی پژوهش

بین اثر بخشی زوج درمانی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار تفاوت معنادار وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زوجین ناسازگار شهر شیراز که به دادگاه خانواده شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده اند بود. که با روش نمونه گیری به شیوه تصادفی ساده تعداد ۴۵ زوج (۹۰ نفر) بعنوان نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه در گروه کنترل ۳۰ نفر و در گروه آزمایش ۶۰ نفر است که ۳۰ نفر تحت زوج درمانی رفتاری و ۳۰ نفر تحت درمان مبتنی بر پذیرش قرار گرفته اند. افراد نمونه در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۳۰ نفری، ۱۵ زوج) به صورت برابر و تصادفی جایگزین شدند. هر دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل دوبار مورد آزمون قرار گرفتند. یکی از گروه‌های آزمایش مداخلات زوج درمانی رفتاری و گروه دیگر آزمایش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دریافت کردند، اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکردند. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش - سواد خواندن و نوشتن داشته باشند و افرادی که حداقل دوسال از زندگی مشترکشان میگذشت، در زمان انجام پژوهش تا اتمام آن با یکدیگر مشترک زندگی بکنند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و جداشدن یا متارکه کردن زوجین از یکدیگر و اقدام حقوقی برای طلاق بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف و در سطح آمار استنباطی (تحلیل کواریانس و آزمون لوین) استفاده شد.

ابزار پژوهش

جدول ۱- عناوین جلسات زوج درمانی رفتاری ارتباطی برنشتاین (Mohammadebrahimi et al., 2013).

| جلسه | عناوین |
|------|---|
| ۱ | بیان اهداف و مقررات گروه، کلیات درمان رفتاری-ارتباطی برنشتاین و مفهوم تعارضات زناشویی |
| ۲ | بررسی سطح ارتباط، مهارت های زندگی، موانع گوش دادن و آموزش مهارت‌های صحیح گوش دادن |
| ۳ | بررسی و اصلاح بنیاد های ارتباطی زوج ها و بیان اصول مهم برای برقراری ارتباط سالم چون قضاوت کردن، برچسب زدن و ... |
| ۴ | بررسی و اصلاح رفتارهای کلامی و غیر کلامی زوجها و بیان تفاوت های زن و مرد |
| ۵ | آموزش اصول اساسی میزان تقویت و تنبیه و رابطه های متقابل |
| ۶ | تجزیه و تحلیل نقش عوامل شناختی و خطاهای شناختی زوج ها از جمله فاجعه امیز تلقی کردن، استدلال دلیل خواهی و منطق شکسته |
| ۷ | بررسی اصلاح و آموزش مهارت های حل مسئله به زوجها |
| ۸ | جمع بندی و پاسخ گویی به سوالات و ابهامات زوجین و اجرای پس آزمون |

جدول ۲- خلاصه جلسات اکت (Khanjanivashki at al., 2016).

| جلسه | محتوای آموزش (هدف) | شیوه درمانی | تکلیف |
|---------|----------------------------|--|---|
| اول | برقراری ارتباط | مشخص کردن انتظارات و اهداف، قراردهای اولیه | - |
| دوم | مفهوم سازی مشکل | مفهوم سازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور | فهرستی از اعمال نارکارآمد حل مشکل |
| سوم | ماندن یا رفتن | انتخاب، ارتباط سالم | مشخص کردن انتخاب رابطه با همسر |
| چهارم | مشکل زوجین ۱ | سم: حصار ذهن، پادزهر، رهایی از ذهن | شناسایی باور نادرست درباره ازدواج |
| پنجم | مشکل زوجین ۲ | سم: انتظارات، پادزهر تضعیف انتظارات | تلاش جهت تضعیف انتظارات |
| ششم | مشکل زوجین ۳ | سم: ارزش های مبهم، پادزهر: ارزش های واضح و تسلط بر مهارت هابرای حرکت در جهت ارزش ها | تشخیص تفاوت ارزش ها و انتظارات |
| هفتم | مشکل زوجین ۴ | سم: قطع ارتباط، پادزهر: یکی شدن با همسر | تلاش در جهت یکی شدن با همسر |
| هشتم | مشکل زوجین ۵ | سم: تلاش برای اجتناب، پادزهر: تمایل به رنج و معرفی روشهای کنترل | تمرین من چگونه میخواهم همسرم را کنترل کنم؟ |
| نهم | ارزش ها | ارزش های زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزش ها، انتخاب یک ارزش زوجی و عینی کردن آن | تمرین دهمین سالگرد ازدواج، من میخواهم در ارتباط با همسرم چگونه باشم. |
| دهم | موانع و پادزهر موانع درونی | شناسایی موانع عمل، پادزهر: پذیرش و گسلش | تمرین تشکر از ذهن و استعاره قطار تبدیل صحنه جنگ به صلح. تمرین مکث به معنای توقف |
| یازدهم | پادزهر موانع بیرونی | پادزهر موانع بیرونی تغییر: حل مسأله | آگاهانه، چند ثانیه قبل از واکنش نشان دادن روشهای مفید ۱. رهایی از ذهن و ۲. گشودگی ۳. ارزش گذاری ۴. عجین شدن با همسر و ۵. صمصمیت |
| دوازدهم | مه روانشناختی | معرفی مه روانشناختی، معرفی لایه های مهم لایه های باید، هیچ جایی برای تلاش نیست ای کاش، فقط اگر...، گذشته دردناک، آینده ترسناک و... | تمرین مه روانشناختی (وقتی با افکار تان امیخته می شوید چه اتفاقی روی می دهد. |

پرسشنامه‌ی کیفیت روابط زناشویی

این پرسشنامه توسط (Bsbi , Keran Larsen & Kristiyan, 1995) ساخته شده است. فرم اصلی مقیاس توسط (Spiner, 1976) و بر اساس نظریه (Liviyz & Spiner, 1979) در مورد کیفیت روابط زناشویی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۴ سوالی که از روی فرم اصلی ۳۲ سوالی توسط (Spiner, 1976) ارائه شده بود ساخته شده است به صورت طیف ۶ تایی از ۰ تا ۵ نمره گذاری میشود. طوری که پاسخ کاملا موافق نمره ۵ و پاسخ کاملا مخالف نمره صفر میگیرد. این ابزار از سه خرده مقیاس (همفکری و توافق: گویه های ۱ تا ۶، رضایت: گویه های ۷ تا ۱۰ و انسجام: گویه های ۱۱ تا ۱۴) تشکیل شده است. که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می دهند و نمرات بالا نشان دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. تحلیل عاملی تاییدی، ساختار سه عاملی پرسشنامه را در امریکا تایید کرده و روایی آن را نشان داده است. پایایی پرسشنامه به شیوه ی الفای کرونباخ در مطالعه (Hollist, 2005) & Miller, 2005 از ۰,۸۰ تا ۰,۹۰ گزارش شده است. (Esanejad, Ahmadi & Etemadi, 2010) در پژوهشی به مشخصات روانسنجی این پرسشنامه بر اساس ضریب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای ۱۴ ماده و سه عامل در کل پرسشنامه (به ترتیب با مقدار ۰,۹۲، ۰,۸۹ و ۰) رضایت بخش گزارش نمود. در این پژوهش آلفای به دست آمده برای مقیاس های کیفیت روابط زناشویی، همفکری و توافق، رضایت، انسجام به ترتیب، ۰,۹۹، ۰,۹۳، ۰,۹۹ و آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰,۹۷ بوده است.

یافته‌های پژوهش

الف- یافته‌های توصیفی

جدول ۳- مقایسه شاخص‌های توصیفی پس آزمون روابط زناشویی پس از رفتار درمانی و درمان اکت گروه آزمایش و کنترل

| انحراف استاندارد | میانگین | حداکثر | حداقل | حجم | نوع آزمون | |
|------------------|---------|--------|-------|-----|-----------|--------|
| ۳/۴۳ | ۱۰/۳۷ | ۲۱ | ۴ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۳/۴۳ | ۱۰/۳۷ | ۲۱ | ۴ | ۳۰ | پس آزمون | توافق |
| ۳/۴۳ | ۱۰/۳۷ | ۲۱ | ۴ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۳/۴۳ | ۱۰/۳۷ | ۲۱ | ۴ | ۳۰ | پس آزمون | رضایت |
| ۳/۴۳ | ۱۰/۳۷ | ۲۱ | ۴ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۳/۴۳ | ۱۰/۳۷ | ۲۱ | ۴ | ۳۰ | پس آزمون | انسجام |
| ۱/۸۵ | ۴/۲۷ | ۸ | ۲ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۰/۵۶ | ۲۹/۴ | ۳۰ | ۲۸ | ۳۰ | پس آزمون | توافق |
| ۱/۹۸ | ۴/۵۳ | ۸ | ۲ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۰/۷۱ | ۲۴/۱ | ۲۵ | ۲۳ | ۳۰ | پس آزمون | رضایت |
| ۲/۲۸ | ۴/۸۷ | ۹ | ۲ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۰ | ۱۵ | ۱۵ | ۱۵ | ۳۰ | پس آزمون | انسجام |
| ۱/۸۲ | ۶ | ۱۰ | ۳ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۱/۰۹ | ۲۸/۱ | ۳۰ | ۲۶ | ۳۰ | پس آزمون | توافق |
| ۱/۸۲ | ۶ | ۱۰ | ۳ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۰/۴۲ | ۲۴/۸ | ۲۵ | ۲۴ | ۳۰ | پس آزمون | رضایت |
| ۱/۸۲ | ۶ | ۱۰ | ۳ | ۳۰ | پیش آزمون | |
| ۰/۷۱ | ۱۳/۶۷ | ۱۵ | ۱۲ | ۳۰ | پس آزمون | انسجام |

مطابق جدول ۳ می‌توان گفت هر دو روش درمانی در افزایش توافق زوجین تاثیر گذار است اما گروه رفتار درمانی تاثیر بیشتری در افزایش توافق زوجین دارد. همچنین هر دو روش درمانی در افزایش رضایت زوجین تاثیر گذار است اما زوج درمانی رفتاری تاثیر بیشتری در افزایش رضایت زوجین دارد. و دو روش درمانی در افزایش انسجام زوجین تاثیر گذار است اما روش زوج درمانی رفتاری تاثیر بیشتری در افزایش انسجام زوجین دارد.

جدول ۴- آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو

| شاپیرو | | کولموگروف اسمیرنوف | | | خرده مقیاس | مقیاس |
|--------|----|--------------------|--------|----|------------|--------|
| Sig. | df | Statistic | Sig. | df | | |
| ۰/۸۵۳ | ۹۰ | ۰/۹۷۰ | ۰/۲۰۰* | ۹۰ | ۰/۱۲۵ | توافق |
| ۰/۷۳۸ | ۹۰ | ۰/۷۳۵ | ۰/۲۰۰* | ۹۰ | ۰/۱۸۴ | رضایت |
| ۰/۰۷ | ۹۰ | ۰/۹۳۷ | ۰/۱۱۵* | ۹۰ | ۰/۱۴۴ | انسجام |

طبق نتایج جدول بالا نمره سطح اطمینان آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بالای ۰.۰۵ است.

ب، یافته های استنباطی

بین اثر بخشی زوج درمانی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵- بررسی همگنی واریانس ها جهت تحلیل کوواریانس متغییر کمالگرایی

| Sig. | df2 | df1 | F | مداخله | خرده مقیاس |
|------|-----|-----|------|--------|------------|
| ۰/۱۹ | ۸۷ | ۲ | ۱/۷۱ | رفتاری | توافق |
| ۰/۶۵ | ۸۷ | ۲ | ۰/۴۳ | رفتاری | رضایت |
| ۰/۳۶ | ۸۷ | ۲ | ۱/۰۵ | رفتاری | انسجام |

با توجه به این که برای خرده مقیاس توافق، سطح معناداری مقدار محاسبه شده لاون (۰/۱۹) از ۰/۰۵ بزرگتر است، همچنین به سبب این که برای مقیاس رضایت، سطح معناداری مقدار محاسبه شده لاون (۰/۷) از ۰/۰۵ بزرگتر است، و با توجه به این که برای خرده مقیاس انسجام، سطح معناداری مقدار محاسبه شده لاون (۰/۳۶) از ۰/۰۵ بزرگتر است، داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس ها را زیر سؤال نبرده‌اند ($p=۰/۴۲$ و $DF=۲/۸۷$ و $F=۱/۰۵$).

جدول ۶- تحلیل کوواریانس جهت مقایسه پس آزمون روابط زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

| خرده مقیاس | مداخله | SS | df | M S | F | Sig. | PE S |
|------------|-------------------------------------|-------------------|---------|-----------------|---------|-------|------|
| توافق | پیش آزمون دشواری در تشخیص احساسات | ۲۱۰/۰۱ | ۱ | ۲۱۰/۰۱ | ۱۰۳/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵ |
| | اثر اصلی گروه‌ها خطای باقی مانده | ۴۶۶۴/۹۲ ۱۷۴/۸۶ | ۲ ۸۶ | ۲۳۳۲/۴۶ ۲/۰۳ | ۱۱۴۷/۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶ |
| رضایت | پیش آزمون دشواری در توصیف احساسات | ۲۲۹/۴۳ | ۱ | ۲۲۹/۴۳ | ۱۵۰/۵۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ |
| | اثر اصلی گروه‌ها خطای باقی مانده | ۳۱۷۳/۷۷ ۱۳۱/۰۴ | ۲ ۸۶ | ۱۵۸۶/۸۸ ۱/۵۲ | ۱۰۴۱/۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۶ |
| انسجام | پیش آزمون تفکر عینی | ۲۱۵/۳۴ | ۱ | ۲۱۵/۳۴ | ۱۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱ |
| | اثر اصلی گروه‌ها خطای باقی مانده | ۵۵۳/۶۱ ۱۴۰/۲۹ | ۲ ۸۶ | ۲۷۶/۸۱ ۱/۶۳ | ۱۶۹/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸ |

همان‌گونه که از جدول ۶ مشاهده می‌شود، خلاصه تحلیل واریانس بیانگر آن است که اثر مداخله بر میزان توافق آزمودنی‌ها معنادار است ($\eta^2=0/55$ ، $p < 0/01$ و $F(103/29)=1/86$). مطابق جدول ۶ در مقیاس روابط زناشویی میانگین خرده مقیاس توافق در گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون ۱۰/۳۷ است. همچنین همین مقیاس در گروه آزمایش زوج درمانی رفتاری در پیش آزمون ۴/۲۷ و در پس آزمون ۲۹/۴ است. همچنین گروه درمانی مبتنی بر پذیرش در پیش آزمون ۶ و در پس آزمون ۲۸/۱ است. بنابراین می‌توان گفت هر دو روش درمانی در افزایش توافق زوجین تأثیر گذار است اما گروه رفتار درمانی تأثیر بیشتری در افزایش توافق زوجین دارد. همچنین خلاصه تحلیل واریانس بیانگر آن است که اثر مداخله بر میزان رضایت آزمودنی‌ها تأثیر معناداری دارد ($\eta^2=0/64$ ، $p < 0/01$ و $F(2/86)=150/57$). با توجه به میانگین مشاهده شده (جدول ۶) میانگین خرده مقیاس رضایت گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون ۱۰/۳۷ است. در گروه آزمایش زوج درمانی رفتاری، میانگین همین خرده مقیاس در پیش آزمون ۴/۵۳ و در پس آزمون ۲۴/۱ است. و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش میانگین همین خرده مقیاس در پیش آزمون ۶ و در پس آزمون ۲۴/۸ است. بنابراین می‌توان گفت هر دو روش درمانی در افزایش رضایت زوجین تأثیر گذار است اما زوج درمانی رفتاری تأثیر بیشتری در افزایش رضایت زوجین دارد. و نیز خلاصه تحلیل واریانس بیانگر آن است که اثر مداخله بر انسجام آزمودنی‌ها تأثیر معناداری دارد ($\eta^2=0/61$ ، $p < 0/01$ و $F(2/86)=132$). با توجه به میانگین مشاهده شده (جدول ۶) میانگین خرده مقیاس انسجام در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل ۱۰/۳۷ است. همچنین همین خرده مقیاس در گروه آزمایشی زوج درمانی رفتاری

در پیش آزمون ۴/۰۸۷ و در پس آزمون ۱۵ است. همچنین همین خرده مقیاس در در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش در پیش آزمون ۶ و در پس آزمون ۱۳/۶۷ است. بنابراین می توان گفت هر دو روش درمانی در افزایش انسجام زوجین تاثیر گذار است اما روش زوج درمانی رفتاری تاثیر بیشتری در افزایش انسجام زوجین دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف، مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار شهر شیراز انجام شد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد در زمینه کیفیت روابط زناشویی و ابعاد آن تفاوت معناداری بین اثر بخشی زوج درمانی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. این یافته پژوهش با یافته های پژوهشهای (Khanjanivashki at al., 2016) (Arsalنده at al., 2017)، (Mohammadebrahimi at al., 2014) (Doss at al., 2013) همسواست. در تبیین چرایی نتایج حاصل از پژوهش در مورد تفاوت اثر گذاری بین زوج درمانی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت روابط زناشویی، می توان گفت که زوج درمانی رفتاری از طریق بررسی سطح ارتباط، مهارت های زندگی، موانع گوش دادن و آموزش مهارت های صحیح گوش دادن و بررسی اصلاح و آموزش مهارت های حل مسئله به زوجها توانسته است بر کیفیت روابط زناشویی زوجین موثر واقع شود و کمک کند که زوجین موضوعات را تا حدودی از دنیای همسرشان ببینند. همچنین بررسی و اصلاح رفتارهای کلامی و غیر کلامی زوجها و بیان تفاوت های زن و مرد بر کیفیت رابطه زناشویی زوجین تاثیر می گذارد. زوج درمانگران رفتاری ارتباطی با توجه به برداشت های ذهنی، باورها، تفکرات، انتظارات و اعتقادات هر فرد و تأثیر آن بر رفتارهای روزمره، ضمن بررسی و توصیف تأثیرات این عوامل و چگونگی تأثیر آن بر روابط میان-فردی، با راهنمایی و اقدامات درمانی و نیز با تصحیح مشکلات شناختی و به کارگیری شیوه های نوین رفتاری، ارتباطی و حل مسئله، نه تنها به رشد فردی، بلکه به ایجاد ارتباط صحیح و مناسب افراد نیز می پردازد. رویکردهای ارتباطی مربوط به درمان اختلاف های زناشویی، تعارض ها و کشمکش ها موجود در روابط زن و شوهر را نتیجه مهارت های نابسندیده مراجعان در برقراری ارتباط و یا ناشی از ناتوانی آنان در حل مؤثر مشکلات تلقی می کنند (Bornstein & Bornstein, 2003) (Trans Sohrabi, 1986)، کارایی بیشتر زوج درمانی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این دلیل است که زوج درمانی رفتاری به تجزیه و تحلیل نقش عوامل شناختی و خطاهای شناختی زوج ها از جمله فاجعه امیز تلقی کردن، استدلال دلیل خواهی و منطق شکسته تاکید می کند، که در نهایت منجر به تغییر و اصلاح روابط بین زوجین می شود، در صورتی که

روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ایجاد موقعیت هایی می شوند که فرآیندهای گسلس (استعاره قطار)، پذیرش (استعاره تشکر از ذهن)، تعیین ارزش ها (تمرین دهمین سالگرد ازدواج، آهنربای ذهن، زندگی و هشتاد سالگی) و عمل متعهدانه زوجین را به وجود می آورند، که به زوجین کمک می کند که مسئولیت برای تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان لازم بود، تغییر کنند این درمان شیوه ها را متعادل می کند و در حوزه های قابل تغییر (مثل رفتار آشکار)، بر تغییرات متمرکز است و در حوزه هایی که تغییر امکان پذیر نیست، بر پذیرش متمرکز می شود (Dahl, Stewart, Martell & Kaplan, 2014). اما زوج درمانی رفتاری بر یک رابطه درمانی خوب و نقش شناخت از طریق مسیرهای متفاوت تاکید می کند. این درمان برای تغییر رفتار، حل تعارض و مهارت های ارتباطی در جلسات زوج درمانی به کار گرفته می شود. زوج درمانی رفتاری بر خلاف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که تنها بر رفتارهای آشکار زوجین تاثیر گذار است بر تمامی جنبه های آشکار و پنهان روابط زوجین تاثیر گذاشته و زوجین را ملزم به پذیرش یک رفتار از پیش تعیین شده نمی داند بلکه با بررسی اصلاح و آموزش مهارت های حل مسئله به زوجها و پاسخ گویی به سوالات و ابهامات زوجین می تواند شیوه برقراری ارتباط صحیح، موثر و متعهدانه رابه زوجین آموزش دهد. کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی است و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می شود (Kell & Spiner, 2006) (Troxl, 1976) کیفیت زناشویی را بعنوان موفقیت و عملکرد یک ازدواج توصیف کرده اند (Harper, Larson & Holman, 1994, Schaalje & Sandberg, 2000). بیان کردند کیفیت زناشویی یک مفهوم پویا است زیرا ماهیت و کیفیت روابط میان افراد در خلال زمان تغییر می یابد که این مطلب امکان شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت یک رابطه را فراهم می نماید. هر چند ممکن است که این قبیل روابط پیچیده بوده و حاوی تعاملات میان متغیرهای بسیار باشند. ارتباط نقش مرکزی در ازدواج ایفا می کند. به گونه ای که از لحاظ ویژگی های زناشویی مشخص شده است که ارتباط مؤثر و کارآمد (کیفیت روابط زناشویی) میان شوهر و همسر مهم ترین جنبه خانواده های دارای عملکرد مطلوب می باشد (Greeff & Malherbe, 2001, Sapigton, 2001, Bek & Jonz, 1972, Hosseinshahi, 2003). متوجه شدند که رایج ترین مشکل در ازدواج های نآرام و پردردسر همانا کیفیت روابط زناشویی ضعیف است. به عبارت دیگر موضوعات ارتباطی ممکن است نگرانی ها و دل مشغولی های اولیه برخی زوج های مراجعه کننده برای درمان باشد (Carr, 2000). رویکرز زوج درمانی رفتاری - ارتباطی اغلب با سه فرض اساسی به بررسی ازدواج و روابط زناشویی می پردازند: ۱- تعارض های زناشویی غیر قابل اجتنابند، هدف درمان های ارتباطی حذف کامل این تعارض ها نیست بلکه تلاش می کنند تا به آن ها جهت دهند و آن ها را در مسیرهایی سازنده به

کار اندازند و کیفیت روابط را بالا ببرد؛ ۲-ارتباط در دو سطح کلامی و غیر کلامی روی می‌دهد و یکی از دلایل اصلی بروز اختلاف‌های زناشویی، ناهماهنگی پیام‌هایی است که به طور هم‌زمان توسط این دو سطح منتقل می‌شوند که منجر به کیفیت روابط زناشویی ضعیف می‌شود؛ ۳- همسران در شیوه‌های برقراری ارتباط و کیفیت زناشویی با یکدیگر تفاوت دارند. (Sohrabi, 2003) در کل، یک فرض عمومی این بوده است که علت بسیاری از مشکلات ارتباطی زناشویی، مهارت‌های ارتباطی ناکارآمد از طرف همسران می‌باشد و مطابق با این دیدگاه آموزش ارتباط و افزایش کیفیت روابط زناشویی به عنوان کوششی جهت ترمیم رابطه مسئله‌دار، مولفه‌ای مهم در بسیاری از رویکردهای درمان زناشویی است. نتایج بدست آمده این پژوهش بیانگر تایید فرضیه پژوهشی بود و اهمیت تاثیر زوج درمانی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان می‌دهد.

Reference:

- Abbasi, Moslem, Bagyankomehmarz, Mohammadjavad, Dargahi, Shahryar, Ghamar Givi, Hossein. (2015). Effectiveness of Couple Behavioral Therapy-Relationship between Marital Adjustment and Couple Sexual Intimacy. Iranian Nursing Journal, 28(95), 33-22.
- Adital B., Yoav, L. (2005). Dyadic characteristics of individual attributes: attachment, neuroticism, and their relations to marital quality and closeness. American Journal of Orthopsychiatry, 4, 621- 639.
- Arsalan Deh, Fereshteh, Habibi, Masoumeh, Salimi, Arman, Shakarmi, Mohammad, Davarnia, Reza (1396) The effect of group-based emotional therapy on the quality of marital relations and increased intimacy of couples. Zanko Medical Sciences, 18(59), 79-68.
- Batten, SV. (2011). Essentials of Acceptance and Commitment Therapy . Sage Publication
- Bernostein, F. H. And Bernostein, M. T. (1986). Recognizing and treating marital disputes. Translated by Hamid Reza Sohrabi (2003). Tehran: Rasa Publishing.
- Bowen. M. (1978). theory and practice of psycho therapy in P.J.Gurerin Gr.(ED) ,family therapy : theory and practice (pp.42-90).newyork garnerpress.
- Carr, A. (2000). Family Therapy: Concepts, Process and Practice. New York: John Wiley and Sones.
- Crowley. A. K. (2006). The relationship of adult attachment style and interactive conflict styles to marital satisfaction. Unpublished Doctoral Thesis. Texas A & M University.
- Dahl J, Stewart I, Martell C, Kaplan JS. (2014).ACT and RFT in relationships: helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Doss, B., Simpson, L., & Christensen, A. (2014). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (6), 608-614.
- Faghir Poor, m. (1383). *Social skills and marital adjustment*. Rasht: Gilan Welfare Structure Publication.
- Fathallahzadeh, Nooshin, MirSeifiifard, Leila Sadat, Kazemi, Mahnaz, Saadati, Nadereh & Navabi Nejad, Shokouh. (1396). Effectiveness of Enrichment of Marital Life Based on Choice Theory on Marital Relationship Quality and Couples Intimacy. *Applied Psychology*, 11(3), 372-353.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1987). The assessment of marital quality: A reevaluation. *Journal of Marriage and Family*. 11 (49), 797-809.
- Fowers, B. J. (2001). The limits of a technical concept of a good marriage: Exploring the role of virtue in communication skills. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 327-340.
- Greeff, A. P., & Malherbe, H. L.(2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 247-257.
- Hafman, S., Asmundson, G.(2008). Acceptance and mindfulness – based , theory : New Wave or oldhat- Available online at w.w.w.sciencedirect.com .
- Harper, J.M. Schaalje, B.G. Sandberg, J. G. (2000). Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages.
- Hollist, C., & Miller, R. (2005). Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family araelations*. Vol.54.No7.46-58.
- Honarparvaran, Nazanin, Mirzayi Kia, Hossein, Nayeri, Ahmad & Lotfi, Maryam. (1393). *Therapeutic Guide to Acceptance and Commitment-Based Therapy*. Mashhad: Omid Mehr
- Isanejad, Omid, Ahmadi, Seyed Ahmadi & Etemadi, Azra. (2010). The Impact of Relationship Enhancement on Improving the Quality of Marital Relationship in Isfahan Couples, *Journal of Behavioral Sciences* 4 (1), 9-16.
- Khanjani Vashaki, Sahar, Shafi abadi, Abdollah, Farzad, Valiollah & Fatehizadeh, Maryam. (2016). Comparison of the effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Conflict Couples in Isfahan. *Behavioral Sciences Research*, 14 , (4), 471-464.
- Larson, J. H. & Holman, T. B. (1994). Premarital predictors of marital quality and stability. *Family Relations*, 43,228-237.
- Lou, Avigil, McKay, Matthew. (1977). *Acceptance and Commitment-Based Therapy for Couples (Therapists' Guide to Using Mindfulness, Values, and Schemes to Build Couples Relationships)* Publication: Motivational, Mashhad.
- Mckay, M. Lou, A. & Skeen, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Mohammad Ebrahimi, Afsaneh, Rafahi, Jaleh & Razavi Nematollahi, Vida. (2013). *The Effectiveness of Bernstein's Behavioral Communication Couple Therapy on Conflicts, Quality of Life and Mental Health of Couples*, Thesis for obtaining a Masters

Degree in Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Faculty of Education Psychology.

–Nazarifar, Mohsen, Soodani, Mansour (2016) Recognition and Treatment of Conflicts in Marital Life (with Emphasis on Couple Behavioral-Communication Therapy Approach), Publications: Navid Hekmat, Qom.

–Nichols, P, M.F. And Schwartz, C. R. (2006). Family Therapy: Concepts and Methods. Translated by Mohsen Dehghani, Anahita Ganjavi, Farzaneh Najarian and Samaneh Rasouli (2008). Tehran: Dangier Publishing.

–Olatunji , B.O., Forsyth ,J.P.,&Feldner , M.T.(2007). Implications of emotion regulation for the shift from normative fear- related learning to anxiety – related psychopathology. American psychologist. 62(12),257-259.

–Sapigton, A. (2001). Mental Health. Translated by Hamid Reza Hossein Shahi Boravati (2003). Tehran: Psycho.

–Sedaghatkhah, Atefeh & Behzadipour, Sareh. (1396). Predicting the Quality of Marital Relationships Based on Communication Beliefs, Mindfulness and Psychological Flexibility, Women and Society, 8 (2), 57-76.

–Shahi A, Ghaffari I, Ghasemi K.(2011). Relationship between mental health and marital satisfaction. Behbood J; 15(2): 119-26.

–Sohrabi, Hamid Reza. (1382). Recognizing and treating marital disputes. Tehran: Rasa Cultural Services Institute.

–Soodani, Mansour, Nazarifar, Mohsen & Mehrabi Zadeh, Mahnaz. (2010). Effectiveness of Bernstein Behavioral-Communication Couple Therapy on Marital Conflicts, Journal of Clinical Psychology, 4 (8), 1-8.

–Troxwl W.M(2006). marital quality ,communal strength, and physical health. doctoral tesis.university of Pittsburgh.