

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی و شفقت به خود در زوجین ناسازگار*

فرخرو جلیلی^۱

حمید طاهری^۲

ربابه صابری زاده^۳

چکیده

افزایش تعارضات زناشویی و نیاز به مداخلات روان‌شناختی موثر، توجه پژوهشگران را به رویکردهای نوین درمانی جلب کرده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی و شفقت به خود در زوجین ناسازگار انجام شد.

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قائن در شش ماهه نخست سال ۱۴۰۴ بود. از میان این جامعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و به صورت هدفمند، تعداد ۲۰ زوج به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۰ زوج) و کنترل (۱۰ زوج) جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌ها از دو ابزار استاندارد شامل پرسشنامه شفقت‌ورزی به خود (نف، ۲۰۰۳: ۲۳۰) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (اولسون و همکاران، ۱۹۸۹: ۱۵) استفاده شد. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و با بهره‌گیری از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ تحلیل شدند.

۱. استادیار گروه علمی گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول).

(farokhro.jalili@cfu.ac.ir)

(hamid.taeheri@iau.ac.ir)

(hoda124@gmail.com)

۲. استادیار گروه ریاضیات و علوم کامپیوتر، واحد قائنات، دانشگاه آزاد اسلامی، قائنات، ایران.

۳. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره (مشاوره و خانواده)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قائنات، ایران.

*دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۵ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۱



یافته‌ها نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار ($P=0/0001$) رضایت زناشویی و شفقت به خود در زوجین ناسازگار شده است. اندازه اثر نشان داد این درمان بیشترین تاثیر را بر شفقت به خود ($0/936$) نسبت به رضایت زناشویی ($0/885$) داشته است.

بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقشی موثر در بهبود رضایت زناشویی و شفقت به خود ایفا می‌کند و می‌تواند به عنوان یک رویکرد مداخله‌ای کارآمد در مراکز مشاوره خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، شفقت به خود، زوجین ناسازگار.

مقدمه

زندگی زناشویی یکی از بنیادی‌ترین و تاثیرگذارترین روابط بین فردی در چرخه حیات انسان است که نقشی اساسی در سلامت روان، رضایت از زندگی، رشد فردی و انسجام اجتماعی ایفا می‌کند. ازدواج نه تنها به عنوان مهم‌ترین تغییر در نهاد اجتماعی، بلکه به عنوان بستری برای رشد عاطفی، روانی و اخلاقی انسان شناخته می‌شود. در این پیوند، افراد یاد می‌گیرند چگونه عشق، حمایت، مسئولیت‌پذیری و همکاری را تجربه و ابراز کنند (پسندیده و همکاران، ۱۳۹۸: ۴۵). با وجود اهمیت این رابطه، پدیده ناسازگاری زناشویی یکی از شایع‌ترین چالش‌های زندگی مشترک در دنیای معاصر است که می‌تواند ثبات روانی و کیفیت زندگی فردی و خانوادگی را به طور جدی تهدید کند. ناسازگاری زناشویی به وضعیتی اشاره دارد که در آن زوجین در حل تعارض‌ها، تنظیم هیجان‌ها، درک متقابل و پاسخ‌دهی عاطفی ناتوان هستند و این ناتوانی به بروز احساس بی‌اعتمادی، نارضایتی، سردی عاطفی و در نهایت فرسودگی رابطه منجر می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناسازگاری مداوم در روابط زناشویی می‌تواند پیامدهایی چون خشم فروخورده، احساس طرد، کاهش عزت نفس و بروز اختلال‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و بی‌انگیزگی را در پی داشته باشد (کاکلیان و همکاران، ۱۴۰۲: ۹۰).

از سوی دیگر، تغییرات فرهنگی، تحولات اقتصادی، سبک زندگی فردگرایانه و افزایش فشارهای معیشتی در سال‌های اخیر موجب افزایش آمار نارضایتی زناشویی و طلاق در ایران شده است. این روند، ضرورت توجه به مولفه‌های روان‌شناختی موثر در بهبود روابط زوجین و طراحی مداخلات درمانی کارآمد را دوچندان



کرده است. در ارزیابی کیفیت روابط زناشویی، رضایت زناشویی یکی از شاخص‌های کلیدی به شمار می‌آید. رضایت زناشویی مفهومی چندبعدی است که شامل احساس عشق، صمیمیت، احترام متقابل، اعتماد، حمایت هیجانی و هم‌سوایی ارزش‌ها و اهداف زندگی مشترک می‌شود. این رضایت نه تنها بازتاب کیفیت رابطه عاطفی زوجین است، بلکه بر ابعاد مختلف زندگی از جمله سلامت روان، عملکرد شغلی، کیفیت خواب و روابط اجتماعی نیز اثرگذار است (اسدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۲). زوجینی که از سطح بالاتری از رضایت زناشویی برخوردارند، در مواجهه با چالش‌ها انعطاف‌پذیرترند، از حمایت اجتماعی موثرتری بهره‌مند می‌شوند و احساس کفایت شخصی بیشتری دارند. در مقابل، زوجین ناسازگار معمولاً در حل تعارض، مدیریت خشم، برقراری ارتباط سازنده و تنظیم هیجان با دشواری مواجه‌اند و همین امر منجر به چرخه‌ای از نارضایتی، بی‌توجهی و فاصله عاطفی می‌شود (کاکلیان و همکاران، ۱۴۰۲: ۹۱). از این رو، بهبود رضایت زناشویی نه تنها هدف نهایی درمان‌های زوجی، بلکه معیاری برای موفقیت مداخلات روان‌شناختی در این حوزه محسوب می‌شود.

در سال‌های اخیر، روان‌شناسی مثبت‌گرا بر این نکته تأکید داشته است که ارتقای کیفیت روابط زناشویی تنها در گرو کاهش تعارض نیست، بلکه مستلزم تقویت منابع درونی فرد، از جمله شفقت به خود است. شفقت به خود مفهومی است که نخستین بار توسط نف (۲۰۰۳: ۲۲۵) مطرح شد و به معنای برخورد مهربانانه و پذیرش‌آمیز با خود در شرایط شکست، ناکامی یا رنج است. فردی که از شفقت به خود بالاتری برخوردار است، به جای سرزنش خود، با دیدی واقع‌گرایانه‌تر به خطاهایش می‌نگرد، آن‌ها را بخشی از تجربه انسانی می‌داند و با ذهن‌آگاهی، احساسات منفی خود را می‌پذیرد (آسایش و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۲۱).

یکی از رویکردهای درمانی موثر در تقویت شفقت به خود و بهبود تعاملات زوجی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان که از جمله مداخلات موج سوم رفتاردرمانی شناختی به شمار می‌آید، بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارد و به مراجعان می‌آموزد تا به جای تلاش برای کنترل یا تغییر افکار منفی، آن‌ها را بپذیرند و بر اساس ارزش‌های شخصی و روابط مهم زندگی خود عمل کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲: ۴۵؛ کمالی و مهدیان، ۱۴۰۲: ۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آموزش مهارت‌هایی چون ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی، پذیرش هیجانات و تمرکز بر ارزش‌های درونی، به



افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با موقعیت‌های دردناک، واکنش‌های سازنده‌تری نشان دهند (ایران‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۰: ۶۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان مشکلات زناشویی، کاهش استرس رابطه‌ای و ارتقای ارتباط موثر، نتایج مثبتی به همراه داشته‌اند (زنگنه مطلق و همکاران، ۱۳۹۶: ۵۰؛ کاوسی‌ان و همکاران، ۱۳۹۶: ۸۰). بر اساس آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی و افزایش شفقت به خود در زوجین ناسازگار طراحی شده است.

۱. بیان مسئله

ازدواج به عنوان یکی از مهم‌ترین تغییرات در نهادهای اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روانی، عاطفی و اجتماعی افراد دارد. زوجینی که روابط سالم و رضایت‌بخشی دارند، نه تنها از سلامت جسمانی و روان‌شناختی بهتری برخوردارند، بلکه محیطی حمایت‌کننده و پایدار برای فرزندان خود فراهم می‌کنند. در مقابل، زوجینی که در روابط زناشویی خود با مشکلات و ناسازگاری‌های مداوم مواجه هستند، بیشتر در معرض اضطراب، افسردگی، احساس ناکامی و کاهش کیفیت زندگی قرار دارند. ناسازگاری زناشویی می‌تواند از عوامل مختلفی مانند تفاوت‌های شخصیتی، مشکلات ارتباطی، استرس‌های اقتصادی و اجتماعی، باورهای ناکارآمد و عدم مهارت‌های حل مسئله ناشی شود. این مشکلات در صورت عدم مدیریت صحیح، به افزایش تعارضات زناشویی، سردی عاطفی، کاهش حمایت متقابل و در نهایت طلاق عاطفی یا رسمی منجر می‌شود (کمالی و مهدیان، ۱۴۰۲: ۱۳). زندگی زناشویی یکی از مهم‌ترین ابعاد زندگی هر فرد است که می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان، احساس خوشبختی و کیفیت زندگی داشته باشد. اما در بسیاری از موارد، زوجین به دلیل تفاوت‌های فردی، انتظارات ناهماهنگ، مشکلات ارتباطی و چالش‌های محیطی دچار ناسازگاری می‌شوند (هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲: ۴۴).

ناسازگاری زناشویی معمولاً با الگوهای ارتباطی ناکارآمد، کاهش تعاملات مثبت، افزایش درگیری‌های لفظی و عاطفی و کاهش حمایت هیجانی همراه است. زوجینی که درگیر این مشکلات هستند، اغلب احساس می‌کنند که درک نمی‌شوند، نیازهایشان برآورده نمی‌شود و سطح رضایت از زندگی مشترک آن‌ها به شدت کاهش می‌یابد. در این شرایط، هیجانات منفی مانند خشم، ناامیدی، سرخوردگی و بی‌اعتمادی جایگزین احساسات مثبت در رابطه می‌شوند. پیامدهای



این وضعیت نه تنها محدود به خود زوجین است، بلکه می‌تواند بر سلامت روانی و اجتماعی فرزندان آن‌ها و حتی جامعه نیز تاثیر گذار باشد (شادمانی، ۱۳۹۹: ۱۴۸). برای مقابله با این مشکلات، مداخلات روان‌شناختی متعددی پیشنهاد شده است که هر یک به شیوه‌ای خاص تلاش می‌کنند روابط زناشویی را بهبود بخشند. یکی از عوامل کلیدی که تحت تاثیر ناسازگاری زناشویی قرار می‌گیرد، رضایت زناشویی است که به معنای ارزیابی مثبت از کیفیت رابطه با همسر و احساس خوشبختی در زندگی مشترک می‌باشد (کاکلیان و همکاران، ۱۴۰۲: ۹۲). برعکس، کاهش رضایت زناشویی می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای از جمله کاهش تعهد نسبت به رابطه، افزایش احتمال خیانت و در نهایت جدایی را به دنبال داشته باشد. بنابراین، بهبود رضایت زناشویی یکی از اهداف مهم درمان‌های روان‌شناختی است (علیزاده فرد و رزاقی، ۱۴۰۰: ۲۶۵).

یکی دیگر از عوامل مهم در زندگی زوجین که تحت تاثیر ناسازگاری زناشویی قرار می‌گیرد، شفقت به خود است. شفقت به خود به معنای داشتن نگرش مهربانانه و پذیرش نسبت به خود، به ویژه در مواجهه با مشکلات و شکست‌هاست. افراد دارای شفقت به خود، کمتر دچار خودانتقادی شدید می‌شوند، از سرزنش‌های بی‌مورد پرهیز کرده و در برخورد با چالش‌های زندگی رویکردی انعطاف‌پذیر و حمایت‌کننده دارند (آسایش و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۲۳). در مقابل، افرادی که شفقت به خود پایینی دارند، معمولاً در برابر مشکلات زندگی زناشویی واکنش‌های منفی تری نشان داده و بیشتر دچار احساس گناه، شرم و خودسرزنشی می‌شوند (ابویی و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۰۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، می‌تواند به زوجین کمک کند تا در مواجهه با چالش‌های زندگی مشترک، رفتارهای سازگارانه‌تری از خود نشان دهند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی پذیرش افکار و هیجانات منفی بدون اجتناب یا درگیری غیرضروری با آن‌هاست. زوجینی که از این ویژگی برخوردارند، کمتر درگیر تعارضات مخرب می‌شوند و بیشتر به دنبال راه‌حل‌های موثر برای بهبود رابطه خود هستند. با توجه به اهمیت رضایت زناشویی و شفقت به خود در پایداری روابط زناشویی، پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر بهبود رضایت زناشویی و افزایش شفقت به خود در زوجین ناسازگار تاثیر گذار باشد؟



۲. اهمیت و ضرورت پژوهش

ناسازگاری زناشویی پیامدهای متعددی دارد که فراتر از رابطه دو نفره بوده و بر فرزندان، خانواده‌ها و حتی جامعه تاثیر می‌گذارد. وجود درگیری‌های مداوم در روابط زناشویی موجب افزایش تنش‌های روانی، کاهش حس امنیت عاطفی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. زوجینی که درگیر تعارضات شدید هستند، معمولاً احساس ناکامی و نارضایتی بیشتری تجربه می‌کنند و این نارضایتی می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات هیجانی همچون اضطراب و افسردگی شود (طهماسبی و خرم‌آبادی، ۱۴۰۲: ۶۵). رضایت زناشویی نشان‌دهنده کیفیت رابطه میان همسران و میزان خشنودی آن‌ها از تعاملات متقابل است. زمانی که زوجین بتوانند با یکدیگر ارتباط موثر برقرار کنند، همدلی و درک متقابل داشته باشند و از یکدیگر حمایت عاطفی دریافت کنند، میزان رضایت زناشویی افزایش می‌یابد. اما در مقابل، تعارضات حل‌نشده، عدم توافق در مسائل اساسی زندگی و مشکلات ارتباطی موجب کاهش این رضایت شده و احتمال گسست عاطفی را افزایش می‌دهد (رسایی و عروتنی موفق، ۱۴۰۰: ۷۴).

شفقت به خود به معنای توانایی پذیرش نقص‌ها، برخورد مهربانانه با خود در هنگام مواجهه با مشکلات و داشتن نگرشی غیرقضاوت‌گرانه نسبت به خود است. افرادی که سطح شفقت به خود بالایی دارند، در زمان رویارویی با مشکلات زناشویی، خود را سرزنش نکرده و به جای تمرکز بر احساس گناه یا ناکامی، سعی می‌کنند با رویکردی مثبت به حل مسائل بپردازند (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۲). در مقابل، افرادی که شفقت به خود پایینی دارند، معمولاً در زمان تعارضات زناشویی احساس شرم و گناه بیشتری را تجربه کرده و دچار خودانتقادی شدید می‌شوند. این موضوع می‌تواند موجب افزایش تنش‌های درونی، کاهش عزت‌نفس و افزایش حساسیت نسبت به رفتارهای همسر شود (گلستانی بخت و همکاران، ۱۴۰۱: ۷۰). با توجه به اهمیت رضایت زناشویی و شفقت به خود در پایداری روابط زوجین، استفاده از رویکردهای درمانی موثر برای بهبود این عوامل ضروری به نظر می‌رسد. یکی از درمان‌های نوین در این زمینه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که با تاکید بر پذیرش هیجانات منفی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و متعهد شدن به ارزش‌های زندگی، می‌تواند به بهبود کیفیت روابط زوجین کمک کند.



با وجود توجه روزافزون به مولفه‌های روان‌شناختی موثر بر روابط زوجین، هنوز خلأ قابل توجهی در زمینه بررسی هم‌زمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی و شفقت به خود وجود دارد. بیشتر پژوهش‌های پیشین یا صرفاً به اثربخشی این درمان بر کاهش تعارض‌ها و بهبود کیفیت زندگی پرداخته‌اند، یا هر یک از متغیرهای رضایت زناشویی و شفقت به خود را به صورت جداگانه بررسی کرده‌اند. در نتیجه، ارتباط بین این سه سازه و نقش میانجی احتمالی شفقت به خود در بهبود رضایت زناشویی زوجین ناسازگار کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است (کلباسی و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۸). از بعد اجتماعی، این پژوهش می‌تواند تاثیرات گسترده‌ای بر بهبود وضعیت خانواده‌ها و کاهش نرخ طلاق داشته باشد. با توجه به افزایش میزان جدایی‌های زناشویی در بسیاری از جوامع، ارائه روش‌های درمانی موثر می‌تواند به کاهش مشکلات خانوادگی و بهبود کیفیت زندگی زوجین کمک کند.

۳. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۳-۱. مفهوم رضایت زناشویی

رضایت زناشویی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم در روان‌شناسی خانواده و روابط بین فردی است که در دهه‌های اخیر به‌طور گسترده‌ای در پژوهش‌های نظری و تجربی مورد توجه قرار گرفته است. این مفهوم به ارزیابی کلی فرد از رابطه زناشویی‌اش اشاره دارد و برآیند احساسات، نگرش‌ها، تجارب و رفتارهایی است که فرد نسبت به همسر و رابطه‌شان دارد. به عبارتی، رضایت زناشویی نه صرفاً یک احساس مثبت زودگذر، بلکه پدیده‌ای پیچیده، چندبعدی و پویاست که در بستر تعاملات مستمر، شرایط محیطی و درونی، ویژگی‌های شخصیتی و ارتباطات متقابل شکل می‌گیرد. از منظر بسیاری از روان‌شناسان، رضایت زناشویی یک مولفه کلیدی در سلامت روان فردی و پایداری خانواده به شمار می‌آید (اسدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۰). افرادی که از سطح بالای رضایت در رابطه خود برخوردارند، به احتمال زیاد در دیگر ابعاد زندگی نیز کارآمدتر، خوشحال‌تر و از نظر روانی متعادل‌تر خواهند بود. این در حالی است که کاهش رضایت در ازدواج می‌تواند منجر به افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، طلاق عاطفی یا رسمی و آسیب به فرزندان شود (پسندیده، ۱۳۹۱: ۳۲).

اسپانیر (۱۹۷۶) رضایت زناشویی را به‌عنوان حالتی از انطباق و هماهنگی میان زوجین تعریف می‌کند که در آن عشق، تفاهم، حمایت متقابل و حل تعارض



به‌طور موثر جریان دارد. او در مدل خود چهار مولفه اصلی را برای ارزیابی رضایت در نظر می‌گیرد: توافق بین زوجین در مسائل مختلف زندگی، انسجام و نزدیکی عاطفی، رضایت کلی از رابطه و تعاملات جنسی (اسدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۳). در نظریه‌ی مثلث عشق رابرت استرنبرگ (۱۹۸۶)، رضایت زناشویی محصول تعادل میان سه عنصر بنیادین رابطه صمیمانه است: صمیمیت، تعهد و شور یا اشتیاق جنسی. به باور او، روابطی که دارای هر سه مولفه باشند، به «عشق کامل» دست یافته‌اند و بالاترین سطح رضایت زناشویی را تجربه می‌کنند (هدایت‌نیا، ۱۳۹۹: ۸۷). جان گاتمن (۱۹۹۹) با استفاده از روش‌های مشاهده‌ای دقیق و تحلیل‌های رفتاری، به این نتیجه رسید که دوام و رضایت یک ازدواج تا حد زیادی به نحوه تعامل زوجین در موقعیت‌های تعارض آمیز وابسته است. او نظریه‌ای ارائه کرد که بر اساس آن، نسبت تعاملات مثبت به منفی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های کلیدی رضایت زناشویی است. در این مدل، زوج‌هایی که نسبت ۵ به ۱ را در تعاملات مثبت نسبت به منفی حفظ می‌کنند، احتمال بسیار بیشتری برای تداوم و رضایت دارند (وزیری، ۱۳۹۴: ۹۰). در چارچوب نظریه‌ی دلبستگی، هیزن و شیور (۱۹۸۷) رضایت زناشویی را به سبک‌های دلبستگی اولیه نسبت می‌دهند و استدلال می‌کنند که الگوهای دلبستگی‌ای که در دوران کودکی با والدین شکل می‌گیرد، در بزرگسالی در روابط عاطفی از جمله ازدواج تکرار می‌شود (اسراری‌درخ و همکاران، ۱۴۰۲: ۶۴). دیوید اولسون (۱۹۹۳) با ارائه مدل چندبعدی سیستم‌های خانواده، رضایت زناشویی را در بستر تعادل میان سه مولفه انسجام، انعطاف‌پذیری و ارتباط بررسی کرده است (رحمانی‌اعظم و همکاران، ۱۳۹۰: ۸۵).

۲-۳. مفهوم شفقت به خود

شفقت به خود سازه‌ای است که ریشه آن در فلسفه بودیسم می‌باشد. اصولاً در فرهنگ غربی شفقت به عنوان حس همدردی با دیگران در نظر گرفته شده است اما در فرهنگ‌های شرقی افراد باید چنین حسی را علاوه بر دیگران نسبت به خود نیز داشته باشند. شفقت شامل در تماس بودن با رنج دیگران، آگاه شدن از درد دیگران و اجتناب نکردن از آن، احساس مهربانی نسبت به دیگران و تمایل برای کاهش رنج آن‌هاست که نیازمند داشتن شکیبایی، مهربانی و فهم بدون قضاوت نسبت به شکست یا اشتباه می‌باشد (برخورداری و همکاران، ۱۴۰۱: ۴۸). به طور مشابه، شفقت به خود شامل در تماس بودن و پذیرا بودن رنج خود، اجتناب نکردن از آن، ایجاد تمایل برای کاهش رنج خود و برخورد مشفقانه با خود است



(ورمرزیاری و گل پرور، ۱۴۰۱: ۷). نف (۲۰۰۳: ۲۲۶) ساختار این سازه را تعریف و به صورت تجربی مطالعه کرده است. به نظر وی شفقت به خود شامل سه مولفه‌ی دوقطبی است که عبارتند از: ۱) مهربانی با خود در مقابل قضاوت نسبت به خود که به معنای درک و فهم مشکلات خود و گرم و مهربان بودن در برابر ناکامی‌ها و رنج‌ها به جای قضاوت سخت گیرانه و خودانتقادی است (گلستانی بخت و همکاران، ۱۴۰۱: ۶۸؛ ۲) اشتراکات انسانی در مقابل انزوا که به تصدیق این که نقص و ناتوانی بخش طبیعی زندگی است اشاره دارد (گلستانی بخت و همکاران، ۱۴۰۱: ۶۹؛ و ۳) ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی که مستلزم آگاهی متعادل از احساس‌ها و افکار دردناک به جای اجتناب، سرکوب یا همانندسازی افراطی با آن‌ها است (گلستانی بخت و همکاران، ۱۴۰۱: ۷۰).

برنارد و کری (۲۰۱۱) نشان دادند که شفقت به خود همواره با عاطفه مثبت، بهزیستی، رضایت از زندگی و ارتباطات اجتماعی ارتباط مثبتی دارد. همچنین با افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، کمال گرایی ناسازگارانه، اهمال کاری و راهبردهای اجتنابی رابطه منفی دارد (پارنل و نف، ۲۰۱۳: ۳۲). شواهد حاکی از آن است که افراد خودشفقت‌ورز سلامت روان بیشتری دارند (نف، ۲۰۰۳: ۲۲۷). بر اساس یافته‌های لیری و همکاران (۲۰۰۷)، شفقت به خود در مواجهه با حوادث منفی واقعی، به یاد آوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود.

۳-۳. مفهوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای نوین روان‌درمانی در چارچوب موج سوم رفتاردرمانی شناختی است که بر توسعه «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» به عنوان هدف مرکزی درمان تاکید دارد. برخلاف رویکردهای سنتی شناختی رفتاری که تلاش می‌کنند افکار منفی یا ناکارآمد را شناسایی و اصلاح کنند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با پذیرش واقعیت‌های درونی انسان - از جمله افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند - رویکردی کاملاً متفاوت اتخاذ می‌کند. این رویکرد بر اساس این اصل بنا شده است که رنج روانی بخش اجتناب‌ناپذیری از تجربه انسانی است و تلاش برای کنترل یا حذف آن نه تنها بی‌نتیجه بلکه اغلب آسیب‌زننده است. در نتیجه، این درمان با هدف کمک به مراجعان برای پذیرش تجارب درونی و حرکت در راستای ارزش‌های شخصی



خود، آنان را به سوی زندگی اصیل‌تر و معنادارتر سوق می‌دهد (ایران‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۰: ۶۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط استیون سی. هیز، کلی جی. ویلسون و کرک استرو سال در دهه ۱۹۹۰ توسعه یافت و بنیان نظری آن بر فلسفه «فراکارکردگرایی» و نظریه «چارچوب رابطه‌ای» استوار است (زارعی و همکاران، ۱۴۰۳: ۱۳۰).

این درمان از شش فرآیند کلیدی تشکیل شده است: پذیرش، جداسازی شناختی، ذهن‌آگاهی، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. این شش مولفه به صورت یکپارچه عمل می‌کنند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در فرد ارتقا دهند (شریفی و همکاران، ۱۴۰۱: ۵). پذیرش به معنای گشودگی نسبت به تجربه‌های درونی منفی است، بدون قضاوت و بدون اجبار برای حذف یا تغییر آن‌ها (عمرانی، ۱۴۰۰: ۲). جداسازی شناختی به معنای تغییر رابطه فرد با افکار خود به جای تلاش برای حذف یا اصلاح محتوای آن‌ها می‌باشد (محمودی‌نودر و همکاران، ۱۴۰۱: ۱۲۸). تماس با لحظه حال به معنای تمرکز آگاهانه، فعال و بدون قضاوت بر تجربه‌ای است که در زمان حال در حال وقوع است (باسره و امیرپور، ۱۴۰۲: ۵۵). خود به عنوان زمینه به فرد کمک می‌کند تا از نقش‌های اجتماعی و هویت‌های موقتی فاصله بگیرد و با آن بخش باثبات و غیرواکنشی وجود خود تماس برقرار کند (عثمانی و نجاری، ۱۴۰۱: ۱۱۴). ارزش‌ها در این رویکرد، هسته مرکزی جهت‌دهی به زندگی معنادار و هدف‌مند محسوب می‌شوند و عمل متعهدانه آخرین مولفه است که ناظر بر اقداماتی آگاهانه، مداوم و ارزش‌محور می‌باشد (شریفی و همکاران، ۱۴۰۱: ۷).

۴. روش‌شناسی

۴-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

۴-۲. جامعه آماری

در تحقیق حاضر با توجه به قلمرو زمانی و مکانی انجام تحقیق، جامعه آماری عبارت است از کلیه زوجین ناسازگار که در شش ماهه اول سال ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره دولتی شهر قائن مراجعه کرده‌اند. براساس آخرین آمار اخذ شده از ادارات مربوطه تعداد آنها ۱۵۰ زوج بوده است.

۳-۴. نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش، نمونه‌گیری به صورت دردسترس و هدفمند انجام شد. در مرحله نخست، پژوهشگر با مراجعه به مراکز مشاوره شهر قائن، فهرستی از زوجین در حال دریافت خدمات مشاوره تهیه کرد. در مرحله دوم، از میان این مراجعان، افرادی که ناسازگاری زناشویی آن‌ها توسط مشاور تایید شد، شناسایی گردیدند. در مرحله سوم، از این افراد خواسته شد پرسشنامه ناسازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) را تکمیل کنند تا سطح سازگاری زناشویی آنان مشخص شود. سپس در مرحله چهارم، براساس نمرات کمتر از ۱۰۰ در این پرسشنامه و معیارهای تعیین‌شده، ۲۰ زوج انتخاب شدند. در نهایت، در مرحله پنجم، این ۲۰ زوج به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ زوج) و کنترل (۱۰ زوج) تقسیم شدند.

۴-۴. ابزار گردآوری داده‌ها

۴-۴-۱. پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر

پرسشنامه سازگاری زناشویی (DAS) توسط اسپانیر در سال ۱۹۷۶ برای سنجش سازگاری بین زن و شوهرها تنظیم شده است. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤال برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی است که چهار بعد رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت را می‌سنجد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده رابطه بهتر و سازگارتر است. نمره کل مقیاس با آلفای کرانباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. در ایران این مقیاس توسط آموزگار و حسین‌نژاد (۱۳۷۴) هنجاریابی شده و ضریب همبستگی بین نمرات زوجها طی دوبار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶ به دست آمده است.

۴-۴-۲. پرسشنامه شفقت به خود

پرسشنامه شفقت‌ورزی به خود توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد. این پرسشنامه دارای سه مقیاس دوقطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی است. در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) روایی پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان تایید شده و پایایی آن از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.



۴-۳. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون، فورنیر و دراکمن در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. نسخه ۳۵ سؤالی آن یکی از رایج‌ترین فرم‌های کوتاه‌شده برای استفاده در پژوهش‌های علمی و بالینی است. این نسخه شامل ۹ زیرمقیاس اصلی است. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای انجام می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده رضایت زناشویی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۵ نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این ابزار است (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۳: ۹۰).

۴-۵. روش اجرا

شیوه اجرای این پژوهش به صورت گروهی بوده است. پس از جلب نظر اداره بهزیستی و اخذ مجوز لازم، پژوهشگر با مراجعه به مراکز مشاوره شهر قائن، فهرستی از زوجین در حال دریافت خدمات مشاوره تهیه کرد. از میان این مراجعان، افرادی که ناسازگاری زناشویی آن‌ها توسط مشاور تایید شد، شناسایی گردیدند. از این افراد خواسته شد پرسشنامه ناسازگاری زناشویی اسپانیر را تکمیل کنند. بر اساس نمرات کمتر از ۱۰۰، ۲۰ زوج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. سپس پیش‌آزمون پرسشنامه‌های شفقت به خود و رضایت زناشویی اجرا شد. جلسات مداخله بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استخراج شده از پژوهش سبوحی و همکاران (۱۳۹۵: ۵۸) تدوین شد که خود اقتباسی پژوهشی از الگوی اصلی هیز و همکاران (۲۰۱۲) است. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. خلاصه جلسات مداخله عبارت بود از: جلسه مقدماتی (معرفی، بیان انتظارات و اهداف، اجرای پیش‌آزمون)؛ جلسه اول (ذهن‌آگاهی و مفهوم‌سازی مشکل)؛ جلسه دوم (معرفی پنج سم روان‌شناختی)؛ جلسه سوم (انتخاب و معرفی مه‌های روان‌شناختی)؛ جلسه چهارم (باورهای نادرست و گسلش شناختی)؛ جلسه پنجم (ارزش‌های زندگی)؛ جلسه ششم (تعیین اهداف و طرح عملیاتی)؛ جلسه هفتم (تمایل و پذیرش)؛ جلسه هشتم (گسلش)؛ جلسه نهم (حل مسئله موانع بیرونی)؛ جلسه دهم (تبدیل جنگ به صلح)؛ جلسه نهمانی (پس‌آزمون). گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.



۴-۶. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از جداول فراوانی و درصدها، میانگین‌ها و انحراف معیارها و در آمار استنباطی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن متغیرها و آزمون تحلیل کوواریانس برای پاسخ به فرضیه‌های تحقیق استفاده گردید. همچنین برای انجام محاسبات از بسته نرم‌افزاری SPSS نسخه ۲۸ استفاده شد.

۵. یافته‌ها

۵-۱. یافته‌های توصیفی

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که ۵/۱۲ درصد از افراد نمونه کمتر از ۲۵ سال، ۲۵ درصد بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵/۳۷ درصد بین ۳۰ تا ۳۵ سال و ۲۵ درصد بیش از ۳۵ سال سن داشتند. همچنین ۵/۳۷ درصد از افراد دارای مدرک تحصیلی کمتر از فوق‌دیپلم، ۵/۱۲ درصد فوق‌دیپلم، ۴۵ درصد لیسانس و ۵ درصد فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش نشان داد که در گروه آزمایش، میانگین رضایت زناشویی از ۶۰/۶۰ در پیش‌آزمون به ۷۰/۹۸ در پس‌آزمون افزایش یافت و میانگین شفقت به خود از ۵۰/۶۰ به ۹۰/۶۶ رسید. در گروه کنترل، میانگین رضایت زناشویی از ۵۰/۶۰ در پیش‌آزمون به ۴۰/۶۰ در پس‌آزمون و میانگین شفقت به خود از ۸۰/۶۶ به ۹۵/۶۶ تغییر یافت که نشان‌دهنده تغییرات چشمگیر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

۵-۲. پیش‌فرض‌های آزمون فرضیه‌ها

۵-۲-۱. نرمال بودن توزیع متغیرها

برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد که برای متغیر رضایت زناشویی در پیش‌آزمون (۰/۹۷۵) $P=0$ و پس‌آزمون (۰/۵۷۵) $P=0$ و برای متغیر شفقت به خود در پیش‌آزمون (۰/۷۱۲) $P=0$ و پس‌آزمون (۰/۹۸۱) $P=0$ سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین توزیع داده‌ها نرمال است.



۲-۲-۵. پیش فرض همگنی واریانس‌ها

برای بررسی این پیش فرض از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای متغیر رضایت زناشویی ($P=0/041$) و شفقت به خود ($P=0/004$) نشان داد که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است و واریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌ها برابری و همگن نیست. اما از آنجایی که تعداد افراد نمونه در هر دو گروه یکسان بوده‌اند، می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (ساعتچی، ۱۳۹۶: ۱۲۵).

۳-۲-۵. پیش فرض همگنی شیب رگرسیون

نتایج تحلیل نشان داد که برای متغیر رضایت زناشویی ($P=0/0001$) و شفقت به خود ($P=0/0001$) سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت نشده است. اما از آنجایی که همسانی در افراد دو گروه رعایت شده، می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (ساعتچی، ۱۳۹۶: ۱۲۶).

۳-۵. بررسی فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی و شفقت به خود در زوجین ناسازگار تاثیر دارد.

برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که برای متغیر رضایت زناشویی، مقدار F گروه برابر با $130/606$ با سطح معناداری $0/0001$ و اندازه اثر $0/885$ است. برای متغیر شفقت به خود، مقدار F گروه برابر با $247/184$ با سطح معناداری $0/0001$ و اندازه اثر $0/936$ است. نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($\text{Partial } \eta^2=0/786$)، بنابراین فرضیه اول تایید می‌شود. ($P<0/0001$).

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی در زوجین ناسازگار تاثیر دارد.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد و بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی زوجین ناسازگار تفاوت معنی داری مشاهده گردید ($F=130/606$ ، $P=0/0001$) اندازه اثر $0/885$) نشان می‌دهد که



حدود ۸۸ درصد از تغییرات رضایت زناشویی زوجین توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین شده است. بنابراین فرضیه دوم تایید می‌شود.

فرضیه سوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود در زوجین ناسازگار تاثیر دارد.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود زوجین ناسازگار تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید ($F=247/184$, $P=0001/0$). اندازه اثر ($0/936$) نشان می‌دهد که حدود ۹۴ درصد از تغییرات شفقت به خود زوجین ناشی از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. بنابراین فرضیه سوم تایید می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی و افزایش شفقت به خود در زوجین ناسازگار تاثیر معناداری دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. کمالی و مهدیان (۱۴۰۲: ۱۶) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا به‌طور معناداری باعث تغییر در رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی زوجین در آستانه طلاق شده است. امینی و کرمی‌نژاد (۱۴۰۰: ۳۲) نیز دریافتند که این درمان موجب کاهش دل‌زدگی زناشویی و افزایش شفقت به خود در زنان بدسرپرست می‌شود. در سطح بین‌المللی، باراکا و همکاران (۲۰۲۵: ۱۰۰۸۶۷) در یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با کنترل‌های غیرفعال، بهبود معناداری در حوزه‌هایی مانند رضایت زناشویی، صمیمیت و بهزیستی روانی ایجاد می‌کند. نالاپالی و موروجسان (۲۰۲۵: ۲۹) در یک مطالعه موردی بالینی گزارش کردند که اجرای شش فرایند هسته‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهبود پایدار تعارض‌زدایی، افزایش صمیمیت و ارتقای کارکرد رابطه همراه شده است. برزالی و همکاران (۲۰۲۴: ۱۱۷) نیز نشان دادند که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تلفیق‌شده با فرمول‌بندی طرحواره، افزایش معناداری در رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌کند.

در تبیین نظری یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی شامل پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه، خود به عنوان



بافت، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، به افراد کمک می‌کند تا نگرش خود را نسبت به زندگی و روابط تغییر دهند. این درمان به زوجین می‌آموزد که هیجانات ناخوشایند بخشی طبیعی از تجربه انسانی است و تلاش برای کنترل یا سرکوب آن‌ها نه تنها بی‌فایده، بلکه آسیب‌زا است. در نتیجه، آنان یاد می‌گیرند به جای اجتناب از موقعیت‌های تنش‌زا، در لحظه حاضر باشند، احساسات خود را بپذیرند و با تعهد به ارزش‌های مشترک، ارتباطی اصیل‌تر و پایدارتر ایجاد کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲: ۴۵). افزایش شفقت به خود در میان زوجین شرکت‌کننده را می‌توان نتیجه فعال‌سازی مولفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دانست. این درمان با ایجاد آگاهی از افکار و احساسات، کمک می‌کند تا افراد در برابر تجربه‌های ناخوشایند، به جای مقاومت یا اجتناب، پذیرش و مهربانی را تسمین کنند. در فرایند ذهن‌آگاهی، فرد یاد می‌گیرد هیجانات خود را بدون قضاوت مشاهده کند و در نتیجه از چرخه خودسرزنی خارج شود (نف، ۲۰۰۳: ۲۲۷). این نوع نگرش به خود، به‌ویژه در روابط زناشویی، نقش مهمی در کاهش تنش‌های درونی و افزایش تحمل روانی دارد؛ زیرا افرادی که با خود مهربان‌ترند، در برابر شریک زندگی‌شان نیز واکنش‌های عاطفی متعادل‌تری نشان می‌دهند.

افزایش رضایت زناشویی در اثر این درمان را می‌توان از دیدگاه نظریه‌های رفتارگرایی و شناختی نیز تبیین کرد. هنگامی که افراد افکار منفی خودکار نسبت به همسر یا زندگی مشترک را شناسایی کرده و از آن‌ها فاصله می‌گیرند، زمینه برای تجربه هیجانات مثبت و رفتارهای سازنده‌تر فراهم می‌شود. تعهد به ارزش‌های زندگی مشترک در چارچوب این درمان سبب می‌شود که زوجین به جای تمرکز بر نواقص یکدیگر، به تقویت اهداف مشترک، همدلی و درک متقابل بپردازند. در نتیجه، احساس تعلق و پیوند عاطفی افزایش یافته و ساختار هیجانی رابطه تثبیت می‌گردد. همچنین، کاهش رفتارهای اجتنابی و افزایش پذیرش متقابل که از اهداف اصلی این درمان است، به زوجین کمک می‌کند تا تعارضات را به فرصتی برای رشد و درک متقابل تبدیل کنند و از چرخه‌های مخرب ارتباطی خارج شوند.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد: (۱) حجم نمونه محدود (۲۰ زوج) که ممکن است دقت آماری و قابلیت تعمیم نتایج را کاهش دهد؛ (۲) محدودیت مکانی و فرهنگی (نمونه‌ها فقط از





مراکز مشاوره شهر قائن انتخاب شدند و نتایج ممکن است تحت تاثیر ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خاص این منطقه قرار گرفته باشد؛ (۳) ابزار گردآوری داده‌ها (هرچند از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شد، اما پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان ممکن است تحت تاثیر عوامل ذهنی مانند تمایل به پاسخ مطلوب اجتماعی یا خستگی قرار گرفته باشد؛ (۴) نبود پیگیری طولی (در این پژوهش اثر درمان تنها بلافاصله پس از اجرای جلسات بررسی شد و میزان ماندگاری نتایج در بلندمدت مورد ارزیابی قرار نگرفت).

پیشنهادهای پژوهشی

۱. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با طراحی مطالعات پیگیری طولی، میزان تداوم اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و شفقت به خود را در بازه‌های زمانی شش ماهه یا یک‌ساله بررسی کنند.

۲. انجام پژوهش‌هایی با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر رویکردهای درمانی از جمله درمان شناختی-رفتاری، هیجان‌مدار یا مثبت‌نگر می‌تواند به شناسایی دقیق‌تر مولفه‌های موثر در بهبود روابط زناشویی کمک کند.

۳. پیشنهاد می‌شود اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میان مناطق مختلف با فرهنگ‌های مختلف بررسی شود تا گستره تعمیم نتایج افزایش یابد.

پیشنهادهای کاربردی

۱. به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراکز مشاوره خانواده: پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان خانواده از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جلسات زوج‌درمانی استفاده کنند.

۲. برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای زوجین در آستانه ازدواج یا در تعارض: طراحی دوره‌های آموزشی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در افزایش خودآگاهی، شفقت به خود و مهارت‌های هیجانی زوجین موثر باشد.

۳. تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با برنامه‌های مشاوره پیش از ازدواج: پیشنهاد می‌شود آموزش مولفه‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی و تعهد به ارزش‌ها در برنامه‌های مشاوره قبل از ازدواج گنجانده شود.



منابع

۱. آسایش، علی؛ دخت محمد، سحر و سر رشته دار، آرزو، اثربخشی آموزش شفقت به خود بر کاهش سطوح خودانتقادی و بهبود وضوح تصور از خود در دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمانی، فصلنامه رویش روان‌شناسی، دوره ۱۰، شماره ۵، ۱۴۰۰.
۲. ابویی، عارفه؛ برزگر بفرویی، کاظم و رحیمی، مهدی، اثربخشی آموزش شفقت به خود بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال یادگیری خاص، فصلنامه مطالعات روانشناسی تربیتی، دوره ۱۸، شماره ۴۳، ۱۴۰۰.
۳. اسدی، زهرا؛ کولیوند، رضوان و غزلی، سمیه، رضایت زناشویی زوجین در ازدواج، تهران، انتشارات فرزندگان دانشگاه، ۱۳۹۷.
۴. اسراری درح، مهدیه؛ خسروی، لیلا و خسروی، سمانه، رضایت زناشویی، در پانزدهمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران، ۱۴۰۲.
۵. اسماعیلی، محدثه و گل‌پرور، محسن، مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت‌محور بر فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر، فصلنامه پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، دوره ۱۰، شماره ۱، ۱۴۰۳.
۶. امینی، پریسا و کریمی‌نژاد، رضا، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دل‌زدگی زناشویی و شفقت به خود زنان تحت پوشش سازمان‌های مردم‌نهاد شهر تهران، فصلنامه طلوع بهداشت، دوره ۲۰، شماره ۱، ۱۴۰۰.
۷. ایران‌نژاد، زهره؛ حمیدی‌پور، رحیم؛ حیدری، حسن و داوودی، حسین، اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی، صمیمیت و رضایت جنسی در زنان مبتلا به بی‌میلی جنسی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره ۶۴، شماره ۲، ۱۴۰۰.
۸. باسره، فاطمه و امیرپور، برزو، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش ناآمیختگی شناختی در پرستاران، اخلاق پزشکی، دوره بهار ۱۴۰۲، شماره ۴۸، ۱۴۰۲.
۹. برخوردار، احمد؛ شیری، امیرحسین و قاسمی، محمد، بررسی رابطه شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان، فصلنامه روانشناسی بالینی، دوره ۱۴، شماره ۲، ۱۴۰۱.
۱۰. پسندیده، عباس، روانشناسی رضایت زناشویی، قم، انتشارات مؤسسه علمی فرهنگی دارالحديث، ۱۳۹۱.
۱۱. پسندیده، عباس؛ پورشریف، حسین و خالقی، محمدهادی، رضایت زناشویی، قم، مؤسسه فرهنگی دارالحديث، ۱۳۹۸.
۱۲. حاج‌اکبری، الهام و عباسی، قدرت‌الله، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی‌شده و ترس از شکست دانش‌آموزان دختر، فصلنامه رویش روان‌شناسی، دوره ۱۰، شماره ۴، ۱۴۰۰.
۱۳. حسن‌زاده، رضا؛ قاسمی، محمد و رضایی، علی، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ در جمعیت ایرانی، فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی، دوره ۱۷، شماره ۲، ۱۳۹۳.
۱۴. حسین‌لو، عقیل؛ پورتنقش تهرانی، سیدسعید؛ جعفری روشن، فریبا؛ چهره‌سا، علیرضا و دارابی، مجید، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان پس از خیانت همسر، مجله علوم روان‌شناختی، دوره ۲۰، شماره ۱۰۳، ۱۴۰۰.

۱۵. خسروی، زهرا؛ محمدی، نادر و رضایی، علی، هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه شفقت به خود در دانشجویان ایرانی، فصلنامه روانشناسی تحولی، دوره ۱۰، شماره ۳۷، ۱۳۹۲.
۱۶. رحمانی‌اعظم، غفت‌السادات؛ مرقاتی‌خویی، نرجس و صادقی، اله‌قلی، لیلا، ارتباط رضایت جنسی و رضایت از زندگی زناشویی، نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۴، شماره ۷۰، ۱۳۹۰.
۱۷. رسایی، ساره و عروتنی موفق، لیلا، پیش‌بینی رضایت زناشویی و تاب‌آوری بر اساس سبک دلبستگی در دانشجویان متأهل، فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، دوره ۱۲، شماره ۴۴، ۱۴۰۰.
۱۸. زنگنه مطلق، فیروزه؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات؛ احدی، حسن و حاتمی، حمیدرضا، اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش نارسای هیجانی و بهبود صمیمیت زوجین شهر اراک، مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، دوره ۱۱، شماره ۴۴، ۱۳۹۶.
۱۹. زارعی، علیرضا؛ بخشی‌پور، ابوالفضل و محمدی‌پور، محمد، اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت زندگی زوجین متعارض، پویایی روانشناختی در اختلال‌های خلقی، دوره ۳، شماره ۳، ۱۴۰۳.
۲۰. ساعتچی، محمود، روش‌های آماری در علوم رفتاری، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۹۶.
۲۱. سبوحی، راحله؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات؛ احمدی، احمد و اعتمادی، عذرا، تاثیر مشاوره بر مبنای رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود اسنادهای ارتباطی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسرای شهر اصفهان، فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، دوره ۶، شماره ۲، ۱۳۹۵.
۲۲. شادمانی، فرزانه، پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس رضایت زناشویی والدین و سلامت خانواده پدری، فصلنامه خانواده و پژوهش، دوره ۱۷، شماره ۴۶، ۱۳۹۹.
۲۳. شریفی، بهمن؛ فتحی، میثم؛ بیژنی، ناصر و محمودی‌نسب، بهنام، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حل مسائل اجتماعی، تحمل آشفتگی و خودکارآمدی در دانش‌آموزان دختر، اولین کنفرانس روانشناسی، علوم تربیتی، علوم اجتماعی و علوم انسانی، ۱۴۰۱.
۲۴. صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلام‌زاده جفره، مریم، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد، فصلنامه اعتیاد پژوهی، دوره ۱۵، شماره ۶۲، ۱۴۰۰.
۲۵. طهماسبی، حسین و خرم‌آبادی، یداله، پیش‌بینی رضایت زناشویی بر مبنای برون‌گرایی، همدلی زناشویی و بخشش زناشویی در زنان متأهل، فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره ۱۳، شماره ۵۱، ۱۴۰۲.
۲۶. عثمانی، حسام و نجاری، مسعود، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا، پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره بهار ۱۴۰۱، شماره ۵۵، ۱۴۰۱.
۲۷. علیزاده فرد، سوسن و رزاقی، مریم، بررسی مدل ساختاری رابطه رضایت زناشویی با بنیان‌های شناختی-اخلاقی و تعهد زناشویی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۱۲، شماره ۴۷، ۱۴۰۰.
۲۸. عمران، فرزانه‌سادات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رضایت زناشویی زنان دارای مشکلات زناشویی، نهمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی ایران، ۱۴۰۰.



۲۹. کاکلیان، سارا؛ مشایخ، مریم؛ دوابی، مهدی و خسروی بابایی، علی‌اکبر، نقش تعارضات زناشویی و انتظارات زناشویی در پیش‌بینی رضایت از زناشویی، فصلنامه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، دوره ۱۰، شماره ۲، ۱۴۰۲.
۳۰. کاوسیان، جواد؛ حریفی، حسنیه و کریمی، کامبیز، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رضایت زناشویی زوج‌ها، سلامت و مراقبت، دوره ۱۹، شماره ۱، ۱۳۹۶.
۳۱. کلباسی، رزیتا؛ حاتمی، محمد؛ صیرفی، محمدرضا؛ حاکمی، منیرالسادات و ثابت، مهرداد، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و نوسانات شاخص فشارخون بیماران همودیالیز، فصلنامه ابن‌سینا، دوره ۲۳، شماره ۱، ۱۴۰۰.
۳۲. کمالی، موسی و مهدیان، حسین، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت‌گرا بر سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی زوجین در آستانه طلاق، فصلنامه پویایی روان‌شناختی در اختلال‌های خلقی، دوره ۲، شماره ۲، ۱۴۰۲.
۳۳. گلستانی بخت، طاهره؛ بابایی، انسبه؛ کریمی، معراج و احمدی، عباس، رابطه شفقت به خود و خوش‌بینی در دانش‌آموزان، نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره ۱۲، شماره ۴۵، ۱۴۰۱.
۳۴. محمدی‌وند، محمدحسین؛ بیرامی، منصور؛ نظری، وکیل و غفاری، عذرا، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مولفه‌های رضایت زناشویی زنان متأهل، فصلنامه مطالعات ناتوانی، دوره ۱۱، شماره ۱۹، ۱۴۰۰.
۳۵. محمودی‌نودژ، مجتبی؛ سماوی، عبدالوهاب و امیرفرخایی، آریتا، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری بهبودیافتگان کووید-۱۹، پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، دوره ۱۰، شماره ۴، ۱۴۰۱.
۳۶. نامنی، ابراهیم، بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار، فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، دوره ۱۵، شماره ۵۷، ۱۳۹۵.
۳۷. نوربالا، فاطمه؛ برجعلی، احمد و نوربالا، احمدعلی، اثر تعاملی شفقت به خود و نشخوار فکری بیماران افسرده در درمان مبتنی بر شفقت، نشریه پژوهشی پایه و بالینی دانشور پزشکی، دوره ۲۱، شماره ۱۰۴، ۱۳۹۲.
۳۸. نوروزی، بابک؛ غفاری نوران، عذرا؛ ابوالقاسمی، عباس و موسی‌زاده، توکل، اثربخشی آموزش شفقت به خود بر استرس تحصیلی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی، مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۱۱، شماره ۵، ۱۴۰۰.
۳۹. هاشمی، نظام؛ خروش، بیتا و خیرالهی، عاطفه، اثربخشی زوج‌درمانی با الگوی EIS بر تاب‌آوری خانواده و رضایت زناشویی زوجین، فصلنامه پویایی‌های روان‌شناختی در اختلال‌های خلقی، دوره ۲، شماره ۲، ۱۴۰۲.
۴۰. هدایت‌نیا، فرح‌الله، رضایت زناشویی، مهارت‌ها و موانع، قم، انتشارات بوستان کتاب، ۱۳۹۹.
۴۱. ورم‌زیاری، زهرا و گل‌پرور، رضا، اثربخشی آموزش شفقت به خود بر خودانتقادی و خودکارآمدی اجتماعی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب امتحان، فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی، دوره ۱۲، شماره ۱۶، ۱۴۰۱.
۴۲. وزیری، مزده، پیش‌بینی رضایت زناشویی زوج‌ها بر اساس نیازهای اساسی آن‌ها، رویش: روان‌شناسی، دوره ۴، شماره ۳، ۱۳۹۴.



43. Barraca, J., Polanski, T., Duarte-Díaz, A., & Perestelo-Pérez, L. , Acceptance and commitment therapy for couples: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, Vol. 35, 100867, 2025.
44. Borjali, Z., Molazade, J., Mohammadi, N., & Aflakseir, A. , The effect of acceptance and commitment therapy with schema formulation on psychological flexibility and marital satisfaction. *Middle East Journal of Family Therapy*, Vol. 12, No. 2, 2024.
45. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. , *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2012.
46. Nallepalli, V., & Murugesan, S. K. , Enhancing marital resilience through psychological flexibility: An Acceptance and Commitment Therapy-based case study. *IAPS Journal of Practice in Mental Health*, Vol. 3, No. 1, 2025.
47. Neff, K. D. , The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, Vol. 2, No. 3, 2003.
48. Sadeghi, M., Bagholi, H., Azarmidakht, R., & Javidi, H. , The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital violence and tendency to separation among couples applying for divorce. *Iranian Journal of Family Psychology*, Vol. 14, No. 3, 2024.
49. Yang, X., Sun, Z., Chen, X., Qiu, X., Mao, J., Wang, C., Li, Q., & Zhao, J. , Feasibility and acceptability of a couple-based self-compassion intervention for couples living with colorectal cancer: A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, Vol. 77, 102899, 2025.