

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy With Acceptance and Commitment Therapy on Increasing Marital Satisfaction and Reducing Anxiety in Couples Referred to Counseling Centers

Rahimi A¹, *Amiri H², Afsharniya K², Arefi M²

Author Address

1. Ph.D. Student, Department of Psychology & Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran;

2. Associate Professor, Department of Psychology & Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

*Corresponding Author Email: ahasan.amiri@yahoo.com

Received: 20 January 2020; Accepted: 13 April 2020

Abstract

Background & Objectives: Marriage forms the foundation of the family, but more important than marriage is marital satisfaction. In recent years, couples have been interested in helping to improve their marital relationships through various treatment methods. Helping couples resolve marital problems requires understanding the factors and causes that affect marital dissatisfaction. Couples therapy can be an excellent way to make couples' relationships more enjoyable and revive their positive feelings about each other and their relationship. One of the psychological treatments that significantly impacts couples' problems is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is another therapeutic approach nowadays used to increase marital satisfaction and sexual intimacy. So, the purpose of the present study was to compare the effectiveness of CBT with ACT on increasing marital satisfaction and reducing anxiety in couples referred to counseling centers in Khorramabad City, Iran.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The study statistical population included all couples with marital disorders referred to the counseling center in Khorramabad in 2018. In this study, a sample of 30 couples was selected by convenience sampling method from all eligible couples with marital disorders referred to Khorramabad Improvement Counseling Center in 2018. The inclusion criteria included couples with marital conflicts, with at least a diploma, without history of psychosis, and with verbal consent to attend the study meetings. The exclusion criteria were non-compliance with the rules of the group therapy stated in the first session and absence in more than two therapy sessions. The couples were randomly divided into three groups of 10 couples each in the ACT, CBT, and control groups. Research tools were the ENRICH Marital Satisfaction Scale (Fowers & Olson, 1993) and the Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1990). The two experimental groups received ACT and CBT in eight 90-min one session per week, but the control group received no intervention. The study data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (univariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test) in SPSS software version 22. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The changes in the mean scores of marital satisfaction and anxiety in the posttest after controlling the pretest scores were significant in both groups. That is, ACT and CBT were effective in increasing marital satisfaction ($p < 0.001$) and reducing anxiety ($p < 0.001$). The effect size of marital satisfaction and anxiety were 0.74 and 0.68, respectively. Also, there were significant differences in the variables of marital satisfaction and anxiety between the groups of ACT and CBT with the control group ($p < 0.001$). There was also a statistical difference between ACT and CBT regarding the marital satisfaction and anxiety ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the study findings, ACT is more powerful than CBT in reducing anxiety and increasing marital satisfaction of couples referring to counseling centers.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Marital satisfaction, Anxiety.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره

آمنه رحیمی^۱، *حسن امیری^۲، کریم افشارنیا^۲، مختار عارفی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران؛
۲. دانشیار، گروه روان شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: ahasan.amiri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳۰ دی ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۵ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: با استفاده از روش های مختلف درمانی می توان به بهبود رضایت زناشویی و کاهش اضطراب زوجین پرداخت؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بود.
روش بررسی: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین دچار اختلالات زناشویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره بهبود شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین آن ها تعداد سی زوج (شصت نفر) با روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری و گواه قرار گرفتند. دو گروه آزمایش طی هشت جلسه نود دقیقه ای به صورت هفتگی به ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری را دریافت کردند. داده ها در پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (فاورز و اولسون، ۱۹۹۳) و سیاهه اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۰) جمع آوری شد. تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج نشان داد، میانگین نمرات متغیرهای رضایت زناشویی و اضطراب در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون، در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)؛ همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب مؤثرتر بود ($p < ۰/۰۰۱$).
نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش نتیجه گرفته می شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افزایش رضایت زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره تأثیر بیشتری دارد.
کلیدواژه ها: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، اضطراب.

ازدواج مهم‌ترین مرحله زندگی بشر است و سلامت کانون خانواده در این مرحله در طول عمر دستخوش تغییر می‌شود (۱). پایه و اساس خانواده با ازدواج شکل می‌گیرد؛ اما مهم‌تر از ازدواج، رضایت زناشویی^۱ است (۲). در سال‌های اخیر کمک به زوج‌ها برای بهبود روابط زناشویی خود با استفاده از روش‌های مختلف درمان مدنظر قرار گرفته است. لازمه کمک به زوج‌ها برای حل مشکلات زناشویی، شناخت عوامل و علل مؤثر بر نارضایتی و سازگاری زناشویی است (۳). از درمان‌های روان‌شناختی که تأثیر درخور توجهی بر مشکلات زوجین دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است (۴). یکی دیگر از رویکردهای درمانی، درمان شناختی-رفتاری^۳ است که امروزه برای افزایش رضایت زناشویی و صمیمیت جنسی مدنظر قرار گرفته است (۵). زندگی فردی و زناشویی و ترغیب زوجین به متعهدماندن به رابطه‌ای زناشویی پرمعنا و ارزش‌محور با درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود گستره وسیعی از مشکلات از قبیل مشکلات زناشویی نشان داده شده است (۶). این درمانگران می‌توانند از مداخلات دو رویکرد مذکور برای کاهش مشکلات زناشویی و بهبود کیفیت رابطه زوجین و رضایت زناشویی و صمیمیت جنسی استفاده کنند (۷).

در همین راستا، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری و آموزش مهارت‌های زندگی تلاش می‌کند تا رفتار آشکار و شیوه تعامل زوجین را از طریق تغییر افکار، انتظارات، تعبیر و تفسیرها و شیوه‌های پاسخدهی آن‌ها تغییر دهد (۸). این رویکرد علاوه بر بازسازی شناختی از انواع مداخله رفتاری برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای زوجین استفاده می‌کند. درواقع زوج‌درمانی شناختی-رفتاری به‌طور هم‌زمان بر نقش فرایندهای شناختی و رفتاری تأکید دارد؛ همچنین فرصتی فراهم می‌آورد تا زوجین بتوانند شیوه‌های لازم را برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خودتخریبگر بیاموزند و در آینده به‌هنگام رویارویی با مسائل مختلف از آن‌ها استفاده کنند (۹).

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نزدیک‌شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را به زوجین آموزش می‌دهد. بدین‌صورت یادگیری پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به‌روش‌هایی که به‌طور مداوم ارتباط و صمیمیت عاطفی زوج‌ها را هدف قرار می‌دهند، با زوجین تمرین می‌شود (۶). همان‌طور که زوجین شروع به استفاده از این مهارت‌ها و راهبردها می‌نمایند، بیشتر تمایل پیدا می‌کنند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند؛ همچنین به آن‌ها فرصت رفتار به‌شیوه‌ای داده می‌شود که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین‌فردی را افزایش می‌دهد. نزدیک‌شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل درجهت سازگار با ارزش‌های رابطه دوطرفه، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌آورد تا ارتباط قوی‌تری با یکدیگر برقرار کنند (۱۰).

درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان درمان مناسبی می‌تواند بر کیفیت زندگی زناشویی، صمیمیت زناشویی و تعامل مثبت زوجین و بهبود رفتارهای جنسی مؤثر واقع شود (۱۱). همچنین درباره روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌منزله درمان مؤثر برای صمیمیت و تعارضات زناشویی، افزایش سازگاری، رضایت‌مندی زوجین و کاهش آشفتگی‌های روانی و بین‌فردی بحث شده است (۱۲). شیوه‌های درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یکدیگر تفاوت‌هایی دارند که از آن جمله می‌توان گفت، درمان شناختی-رفتاری جزئی‌نگر است؛ درحالی‌که درمانگران شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌تبع زمینه‌گرایی عملکردی، کل‌نگر می‌دانند. این نوع از درمان به‌طور کلی درمانی زمینه‌گرا است؛ زمینه‌ای که فکر و هیجان در آن رخ می‌دهد؛ بنابراین این نوع درمان می‌کوشد به‌جای تغییر شکل یا محتوای رفتار بالینی، زمینه اجتماعی کلاسی را تغییر دهد (۱۳). به پژوهش‌های متعددی در این راستا اشاره شده است؛ ازجمله در پژوهش مهدوی و همکاران مشخص شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است (۱۴). ضیاءپور و همکاران در مطالعه خود دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری زناشویی تأثیر دارد (۱۵). محبت‌بهار و همکاران در پژوهشی نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است (۱۶). دوتراس و همکاران در تحقیقی دریافتند، درمان شناختی-رفتاری منجر به کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی زوجین می‌شود (۸).

ضرورت پژوهش حاضر از آن جهت است که رابطه زناشویی اگر با احساس رضایت و شادی و نشاط همراه باشد، تأثیر خوبی بر سلامت روان زوجین دارد؛ ازاین‌رو می‌توان گفت کیفیت رابطه زناشویی و ابعاد مختلف آن از عوامل بسیار مهم پایداری زندگی مشترک است. اگر زوجین بتوانند سطح رضایت و شادی را در زندگی زناشویی خود افزایش دهند، علاوه بر حفظ رابطه زوجی، بنیان خانواده‌شان را از آسیب محفوظ می‌دارند؛ بااین‌وجود، احساس زوجین درباره رابطه زناشویی‌شان، با گذشت زمان دستخوش تغییر می‌شود و معمولاً زوجین در ابتدای زندگی مشترک شادی و به‌طور کلی احساسات مثبت بیشتری درقبال یکدیگر تجربه می‌کنند. بدیهی است با گذشت زمان و مواجه‌شدن با چالش‌های مختلف زندگی زناشویی، از میزان این احساسات مثبت کاسته می‌شود؛ مهم‌تر آنکه ممکن است زوجین مهارت‌های لازم را برای بهبود کیفیت رابطه زناشویی نداشته باشند؛ بنابراین این امر با مشاوره زناشویی و به‌کارگیری مداخلات مؤثر تسهیل می‌شود. به عبارت دیگر زوج‌درمانی می‌تواند راه‌حل مناسبی برای هرچه لذت‌بخش‌ترکردن ارتباط زوجین با یکدیگر و احیای احساسات مثبت آن‌ها درباره یکدیگر و رابطه‌شان باشد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود.

3. Cognitive-Behavioral Therapy

1. Marital adjustment

2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

۲ روش بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین دچار اختلالات زناشویی تشکیل دادند که به مرکز مشاوره بهبود در شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۷ مراجعه کردند. از میان آن‌ها نمونه‌ای متشکل از سی زوج با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شد. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه بیست نفر محاسبه شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل زوجین دارای اختلاف زناشویی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن سابقه روان‌پریشی و داشتن رضایت شفاهی مبنی بر حضور در جلسات بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش رعایت نکردن قوانین گروه بیان‌شده در اولین جلسه و غیبت در بیش از دو جلسه آموزشی در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

زوج‌ها به صورت تصادفی به سه گروه بیست نفری (گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه گواه) تقسیم شدند. قبل از اجرای مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری، متغیرهای رضایت زناشویی و اضطراب با استفاده از پرسشنامه در هر سه گروه آزمایش و گواه اندازه‌گیری شد (مرحله پیش‌آزمون). سپس دو گروه آزمایش طی هشت جلسه دوساعته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طی هشت جلسه دوساعته تحت درمان

شناختی-رفتاری قرار گرفتند. پس از اتمام آموزش دوباره متغیرهای رضایت زناشویی و اضطراب در آزمون‌های هر دو گروه اندازه‌گیری شد (مرحله پس‌آزمون). به این ترتیب اندازه‌گیری داده‌های مربوط به رضایت زناشویی و اضطراب شرکت‌کنندگان صورت گرفت. ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

– پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط فاووز و اولسون تهیه شد (۱۷). پرسشنامه دارای ۴۷ سؤال و دوازده خرده‌مقیاس است که عبارت‌اند از: پاسخ قراردادی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ نظارت مالی؛ فعالیت‌های اوقات فراغت؛ روابط جنسی؛ ازدواج و فرزندان؛ بستگان و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی؛ جهت‌گیری عقیدتی. این ابزار به صورت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً موافق=۱، موافق=۲، نه موافق و نه مخالف=۳، مخالف=۴، کاملاً مخالف=۵) که در اصل یک نگرش‌سنج از نوع لیکرت است، در نظر گرفته شده است (۱۷). ضریب آلفای این پرسشنامه در گزارش اولسون و همکاران، برای خرده‌مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲ و ۰/۷۱ بود (۱۷). در پژوهش ضیاءپور و همکاران، ضریب آلفای نسخه فارسی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۶۸ (برای نقش‌های مساوات‌طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ به دست آمد. اعتبار بازآزمایی پرسشنامه در فاصله چهار هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت‌های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ گزارش شد (۱۵).

جدول ۱. جلسات مداخله مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه اعضای گروه، برقراری رابطه‌ای حسنه، احترام و رازداری، توضیح قوانین گروه، همدلی، آشنایی با رنج مراجعان، تشریح استعاره دو کوه.
دوم	توضیح استعاره‌ای دنیاها به فرد برای آشنایی و شناخت آن‌ها در جهت رسیدن فرد به آگاهی، انجام تکنیک ذهن‌آگاهی از طریق تنفس.
سوم	آشنایی مراجعان با کنترل به عنوان مشکل اصلی، اصلی بودن مشکل، آشنایی با رنج پاک و ناپاک و دنیای درون و بیرون از طریق استعاره‌های طلاق غم، دستگاه سیم‌پیچی، حشره و استعاره ببر گرسنه.
چهارم	استفاده از استعاره گدا برای توضیح پذیرش، استعاره فضای روان‌شناختی برای بزرگ کردن خانه‌ای ذهن.
پنجم	توضیح اثرات پذیرش و استفاده از استعاره دختر کوچولو برای این مهم، توضیح درباره زندگی کردن در جهت ارزش‌ها.
ششم	آشنایی با ارزش‌ها و تصریح آن‌ها با استفاده از استعاره پیتزا، استعاره اتوبوس، استعاره شمع جنازه.
هفتم	شناخت خود به عنوان زمینه و خود مفهومی‌سازی شده با استفاده از استعاره صفحه شطرنج و استعاره پیاده‌روی با ذهن.
هشتم	آموزش حل مسئله برای مشکلات بیرونی و برطرف کردن مشکلات درونی برای رسیدن به ارزش‌ها و تعهد با استفاده از استعاره نهال، اعلام پایان جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون.

بزرگسالان تهیه شده است (۱۸). پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه برای پاسخ‌دهی وجود دارد. هر عبارت

– سیاهه اضطراب بک^۲: این پرسشنامه توسط بک و استیر در سال ۱۹۹۰ طراحی شد که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و

^۲. Beck Anxiety Inventory

^۱. ENRICH Marital Satisfaction Scale

بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افراد مضطرب از نظر بالینی یا اشخاص قرارگرفته در وضعیت اضطراب‌انگیز، تجربه می‌کنند. شیوه امتیازدهی به صورت اصلاً (امتیاز صفر) تا شدید (امتیاز سه) است؛ بنابراین دامنه نمرات اضطراب بین صفرتا ۶۳ خواهد بود (۱۸). پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی کارایی زیاد ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب نشان می‌دهد (۱۸). در ایران مطالعه کاپیانی و موسوی مشخص می‌کند، این پرسشنامه از اعتبار و روایی زیادی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (۱۹).

– درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این درمان در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه براساس بسته آموزشی هیز و همکاران اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی زیادی برخوردار است (۲۰). همچنین روایی

محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

– درمان شناختی‌رفتاری: محتوای جلسات درمان شناختی‌رفتاری براساس بسته آموزشی استوارت و چامبلز (۲۱) انجام پذیرفت و روایی محتوای آن تأیید شد. محتوای جلسات درمان شناختی‌رفتاری در جدول ۲ آمده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، آزمون تعقیبی بونفرونو و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن روش تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو-ویلک و برای بررسی همگنی واریانس‌ها آزمون لون به کار برده شد. همچنین همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۲. جلسات درمان شناختی‌رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	هدف جلسه: تبیین ضرورت شرکت در گروه، ترویج هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، تأکید بر مشترک بودن مشکلات، آشنایی اعضا باهم و تعهد به پیگیری جلسات، آموزش نظریه درمان گروهی شناختی‌رفتاری ^۱ به اعضای گروه و نقش آن در درمان.
دوم	هدف جلسه: آشناکردن اعضا با انواع خاص فکرکردن و تفاوت‌های به وجودآورنده افکار در خلق و خلق در روابط. تفکر سازنده درمقابل تفکر مخرب، تفکر ضروری درمقابل تفکر غیرضروری، تفکر مثبت درمقابل تفکر منفی. تکلیف خانگی: تکمیل مقیاس خلق روزانه و فهرست افکار مثبت و منفی.
سوم	هدف جلسه: شناساندن تحریف‌های شناختی و تأثیرشان بر رابطه زناشویی. خطاهای فکری که به ناسازگاری منجر می‌شود: فیلتر ذهنی؛ ذهن‌خوانی کردن؛ فال‌گویی کردن؛ احساسات خود را خیلی جدی پنداشتن؛ باید‌ها؛ به خود برچسب‌زدن؛ خودسرزنی؛ کمتر یا بیشترکردن چیزها؛ موارد مثبت را به حساب نیاوردن؛ تفکر همه یا هیچ و غیره. آموزش روش (مخاطب، رفتار، شرایط، اندازه). تکلیف خانگی: فهرست افکار مثبت و منفی و مقیاس خلق روزانه.
چهارم	هدف جلسه: آشنایی با کارکرد فعالیت‌های روزانه و چگونگی تأثیر آن بر خلق. افرادی که فعالیت‌های دلپذیر اندکی انجام می‌دهند، خلق ضعیف‌تری دارند و به تبع آن سازگاری اندکی را گزارش می‌کنند. تکلیف خانگی: شناسایی فعالیت‌های روزانه.
پنجم	هدف جلسه: غنی‌سازی فعالیت‌های روزانه. فعالیت‌های دلپذیر عمدتاً پاداش‌دهنده و آرامش‌بخش‌اند. تکلیف خانگی: مقیاس خلق روزانه و چک‌لیست ۹۵ فعالیت دلپذیر به صورت هفتگی.
ششم	هدف جلسه: کار روی مفهوم هدف‌گذاری به مدت دو ساعت. اهداف روشن درمقابل اهداف مبهم و غیرشفاف. مدیریت زمان، برنامه‌ریزی برای آینده، اهداف کوتاه‌مدت، اهداف بلندمدت. شناساندن هرم نیازهای مزلو. تکلیف خانگی: نوشتن هدف‌های مهم، فهرست واقعیت‌های عینی و ذهنی، مقیاس خلق روزانه.
هفتم	هدف جلسه: نحوه ارتباط و تماس با مردم و چگونگی تأثیر آن بر خلق. فعالیت‌های اصلی این جلسه: آموزش جرئت‌مندی و سبک‌های ارتباطی. فعالیت‌های جزئی: سطوح بیشتر ناسازگاری مربوط است به: تماس کمتر با مردم؛ احساس ناراحتی با مردم؛ ساکت‌تر بودن؛ کمتر صحبت‌کردن؛ کمتر جرئت‌مند، به عبارت دیگر، اظهارنکردن دوست‌داشتن‌ها و دوست‌نداشتن‌ها؛ حساسیت بیشتر داشتن به نادیده‌گرفته‌شدن؛ انتقادشدن یا طردشدن.
هشتم	هدف جلسه: مرور فرایند جلسات قبلی و تثبیت تغییرات ایجادشده. روش تثبیت تغییرات، انتقال دادن آن‌ها به زندگی روزمره قلمداد و درنهایت اعلام پایان جلسات آموزشی.

۳ یافته‌ها

۲۰ تا ۵۵ سال را شامل شد. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۷ نفر (۳۵ درصد) تحصیلاتی در حد دیپلم، ۸ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی و ۵ نفر (۲۵ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. در گروه درمان شناختی‌رفتاری، ۱۰ نفر (۵۰ درصد) دارای تحصیلاتی در حد دیپلم،

در این پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۸/۹±۶/۸ سال، گروه درمان شناختی‌رفتاری ۳۹/۵±۷/۴ سال و گروه گواه ۳۷/۸±۶/۲ سال بود که دامنه سنی از

1. Group Cognitive-Behavioral Therapy

بود ($p > 0/05$). به منظور بررسی پیش فرض همگنی واریانس های خطا، آزمون لون به کار رفت. نتایج آزمون لون نشان داد، فرض همگنی واریانس ها رد نشد ($p > 0/05$). بررسی همگنی شیب های رگرسیون نیز مشخص کرد، پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون برقرار بود ($p > 0/05$)؛ بنابراین پیش فرض های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیره وجود داشت. در جدول ۳، شاخص های توصیفی به همراه نتایج تحلیل کوواریانس اشاره شده است.

۸ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۱۰ درصد) کارشناسی ارشد بودند. در گروه گواه، ۹ نفر (۴۵ درصد) تحصیلاتی در حد دیپلم و ۸ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۱۵ درصد) کارشناسی ارشد داشتند.

قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس، برای بررسی رعایت پیش فرض های لازم از آزمون های شاپیرو-ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون مشخص کرد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرهای رضایت زناشویی و اضطراب در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش آزمون			پس آزمون			مقایسه پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F مقدار	p مقدار	مجدور	اتا
رضایت زناشویی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸۵/۴۶	۷/۷۴	۹۸/۱۷	۹/۹۵	۵۵/۴۲	< ۰/۰۰۱	۰/۷۴	
	درمان شناختی رفتاری	۸۵/۷۲	۷/۶۲	۹۱/۲۴	۸/۵۱				
	گواه	۸۴/۷۳	۶/۲۰	۸۵/۱۱	۷/۵۳				
اضطراب	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۳/۱۲	۴/۶۹	۳۵/۱۰	۲/۵۶	۴۳/۷۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۸	
	درمان شناختی رفتاری	۵۴/۰۳	۴/۹۱	۴۲/۷۷	۳/۹۶				
	گواه	۵۳/۵۴	۴/۴۰	۵۲/۲۶	۴/۱۴				

به منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت ها در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته های جدول ۳ نشان داد، میانگین نمرات رضایت زناشویی و اضطراب در مرحله پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه معنادار بود؛ بدین معنا که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

درمان شناختی رفتاری بر افزایش رضایت زناشویی ($p < 0/001$) و کاهش اضطراب ($p < 0/001$) مؤثر بود. ضریب تأثیر رضایت زناشویی و اضطراب به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۶۸ به دست آمد. برای مقایسه نمرات پس آزمون بعد از کنترل نمرات پیش آزمون از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه نمره پس آزمون در بین گروه ها

متغیرها	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	p مقدار
رضایت زناشویی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی رفتاری	۷/۱۳	۰/۶۵	< ۰/۰۰۱
		گواه	۱۳/۱۰	۱/۵۰	< ۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	گواه	۶/۱۳	۱/۲۷	< ۰/۰۰۱
اضطراب	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی رفتاری	- ۷/۶۷	۰/۶۲	< ۰/۰۰۱
		گواه	- ۱۷/۰۳	۱/۳۹	< ۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	گواه	- ۱۰/۴۰	۱/۲۳	< ۰/۰۰۱

مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر میزان رضایت مندی زناشویی و میزان اضطراب در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بود. یافته ها نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب زوجین اثربخشی داشت. این یافته با نتایج پژوهش مهدوی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه (۱۴)، پژوهش ضیاءپور و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری زناشویی (۱۵) و پژوهش محبت بهار و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه (۱۶)، دوتراس و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی

نتایج جدول ۴ نشان می دهد، در متغیرهای رضایت زناشویی و اضطراب بین گروه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). در رضایت زناشویی و اضطراب بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ به طوری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری بر کاهش اضطراب و افزایش رضایت زناشویی زوجین داشت.

۴ بحث

هدف از انجام دادن پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان

زوجین (۸) همسوست.

سلامت روان، انسجام خانوادگی و... انجام پذیرد. باتوجه به تأثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر افزایش رضایت مندی زناشویی و کاهش اضطراب زوجین، توصیه می شود مراکز مشاوره به منظور افزایش رضایت مندی زناشویی و کاهش اضطراب، طبقه بندی ارزش ها و پی بردن به میزان اهمیت رابطه زناشویی، عمل به ارزش ها و در نهایت تقویت رابطه با همسر را آموزش دهند.

۵ نتیجه گیری

براساس یافته های این پژوهش نتیجه گرفته می شود که تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت مندی زناشویی و اضطراب زوجین متفاوت است؛ به صورتی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افزایش رضایت زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره تأثیر بیشتری دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می شود.

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه است. مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه شده از مرکز مشاوره بهبود شهر خرم آباد با شماره نامه ۳۹ صادر شده است. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه های شخصی بوده است و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان اول و سوم داده های به دست آمده را آنالیز و تفسیر کردند. نویسنده دوم در نگارش نسخه دست نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان نسخه دست نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

یافته ها مشخص کرد، تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی متفاوت بود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری داشت. این یافته ها با نتایج پژوهش قاسمی و همکاران همسوست. آن ها در پژوهش خود نشان دادند، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش رضایت مندی زناشویی زنان مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری عمل می کند (۲۲). روش های درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شباهت هایی دارد؛ اما این شباهت ها به وسیله گزینه های متفاوت در هر درمان تبیین می شود. هر دو درمان بر رابطه ای درمانی خوب و نقش شناخت از طریق مسیرهای متفاوت تأکید می کنند. درمانگران روش درمان شناختی رفتاری بر تغییر محتوای شناخت تأکید دارند؛ در حالی که درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر نقش شناخت قصد دارند زمینه ای را که افکار در آن اتفاق می افتد، تغییر دهند. به بیان دیگر، در دیدگاه درمان شناختی رفتاری بر بازسازی شناختی (تغییر افکار) تأکید می شود؛ اما در زوج درمانی پذیرش و تعهد به مفهوم گسلش شناختی پرداخته می شود (۱۰). هر دو روش درمانی بر کاهش ناراحتی عاطفی با راهبردهای متفاوت تأکید می کنند. درمان شناختی رفتاری بر رویداد و برداشتی از رویداد که پیامد عاطفی ناگوار را تولید می کند، تمرکز دارد؛ در صورتی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجتناب تجربه ای را هدف قرار می دهد و تلاش می کند احساسات ناخوشایند را از طریق پذیرش مدیریت کند. به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری حامی حفظ برخی عواطف خاص برای مثال عواطف مثبت است و سعی می شود که از عواطف منفی به وسیله باورهای منطقی اجتناب شود؛ اما در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عواطف چه مثبت و چه منفی باید به صورت رفتاری طبیعی در نظر گرفته شود و نباید از آن ها اجتناب شود (۲۳).

یافته ها نشان داد، تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب زوجین متفاوت بود و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بیشتر بود. در تبیین این نتایج می توان گفت، زیربنای نظری درمان شناختی رفتاری تأکید می کند، این خود حوادث نیست که منجر به حالت های خلقی مختلف می شود؛ بلکه تعبیر و تفسیری که از حوادث صورت می گیرد هیجان های مختلف را ایجاد می کند؛ همچنین آموزش شرکت کنندگان درباره اضطراب و نگرانی و چگونگی ایجاد و تأثیر آن با استفاده از روش های شناختی انجام شد که تأثیرگذار بود؛ اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می توان به اجرایی بودن و پذیرفته شدن مداخله برای مشکلات، اضطراب و نگرانی ها اشاره کرد (۲۴) و مشاهده شد این درمان در کاهش اضطراب زوجین اثربخش تر بوده است.

ازجمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که به علت محدودیت زمانی و دسترسی نداشتن به مراجعان، امکان اجرای دوره پیگیری وجود نداشت. داوطلبان بودن زوج های مطالعه شده ممکن است نتایج حاصل از تحلیل آماری را تحت تأثیر قرار داده باشد. پیشنهاد می شود مطالعات کنترل شده بیشتری درباره میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درباره سایر متغیرها مانند افسردگی،

References

1. Baruah HJ. Family and Marriage among the Tai Khamti of arunachal pradesh: a study on social changes and continuity. *Antrocom: Online Journal of Anthropology*. 2020;16(2): 32-49.
2. Wittenborn AK, Blow AJ, Holtrop K, Parra-Cardona JR. Strengthening clinical research in marriage and family therapy: challenges and multilevel solutions. *J Marital Fam Ther*. 2019;45(1):20-32. <https://doi.org/10.1111/jmft.12338>
3. Parandin Sh. The effectiveness of mindfulness training on emotional self-regulation, enduring anxiety disorder and moral resilience, resolving marital conflicts in couples with compatibility problems in Kermanshah. *Journal of Social Psychology*. 2020;8(56):57-72. [Persian] http://psychology.iauhvaz.ac.ir/article_677058_en.html
4. Ruiz F, Beltrán DM, Cifuentes AM, Suarez Falcón JC. Single-case experimental design evaluation of repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy in generalized anxiety disorder with couple-related worry. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2019;19(3):261-76. <https://www.ijpsy.com/volumen19/num3/521.html>
5. Shokhmgar Z, Rajaei A, Beyazi M, Teimour S. The effect of “cognitive-behavioral group therapy” on marital satisfaction in infertile women applying for IVF. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9(4):1-21. [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-1172-en.html>
6. Azimi N, Dehghani Cham Piri A. Effectiveness of acceptance and commitment treatment on marital satisfaction of married women with leukemia. *Daneshvar Medicine*. 2020;28(1):38-48. [Persian] http://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article_1899.html?lang=en
7. Lev A, McKay M. Acceptance and commitment therapy for couples: a clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships. Context Press/New Harbinger Publications; 2017.
8. Durães RS, Khafif TC, Lotufo-Neto F, Serafim AD. Effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on reducing depression and anxiety symptoms and increasing dyadic adjustment and marital social skills: an exploratory study. *The Family Journal*. 2020;28(4):344-361. <https://doi.org/10.1177/1066480720902410>
9. Baucom DH, Fischer MS. Cognitive behavioral couple therapy. In: Lebow JL, Chambers AL, Breunlin DC, editors. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Cham: Springer; 2019. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_106
10. Saremi Nezhad M, Shameli L. The effect of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction of couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2017;6(1):58-65. <https://www.ijmrhs.com/medical-research/the-effect-of-acceptance-and-commitment-therapy-on-sexual-satisfaction-of-couples-in-shiraz.pdf>
11. McCrady BS, Tonigan JS, Ladd BO, Hallgren KA, Pearson MR, Owens MD, Epstein EE. Alcohol behavioral couple therapy: in-session behavior, active ingredients and mechanisms of behavior change. *J Subst Abuse Treat*. 2019;99(1):139-48. doi: [10.1016/j.jsat.2019.01.018](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.018)
12. Hosseini N, Lau PL, Lea Baranovich D, Chan SL. Effects of acceptance and commitment group therapy on iranian couples' marital satisfaction in Malaysia. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*. 2021;29(1):78-91. doi: [10.47836/pjssh.29.1.14](https://doi.org/10.47836/pjssh.29.1.14)
13. Hartmann M, Datta S, Browne EN, Appiah P, Banay R, Caetano V, et al. A Combined behavioral economics and cognitive behavioral therapy intervention to reduce alcohol use and intimate partner violence among couples in Bengaluru, India: results of a pilot study. *J Interpers Violence*. 2021;36(23-24):NP12456-NP12480. <https://doi.org/10.1177/0886260519898431>
14. Mahdavi A, Aghaei M, Aminnasab V, Tavakoli Z, Besharat M, Abedin M. The effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy (ACT) on perceived stress, symptoms of depression, and marital satisfaction in women with breast cancer. *Arch Breast Cancer*. 2017;4(1):16-23. doi: [10.19187/abc.20174116-23](https://doi.org/10.19187/abc.20174116-23)
15. Ziapour A, Mahmoodi F, Dehghan F. Effectiveness of Group Counseling with Acceptance and Commitment Therapy Approach on Couples' Marital Adjustment. *World Family Medicine/Middle East Journal Of Family Medicine*. 2017;15(8):230-5. doi: [10.5742/MEWFM.2017.93081](https://doi.org/10.5742/MEWFM.2017.93081)
16. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iran J Cancer Prev*. 2015;8(2):71-6. doi: [10.1037/0893-3200.7.2.176](https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.2.176)
17. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: a brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*. 1993;7(2):176-85. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.2.176>
18. Beck AT, Steer RA. The Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
19. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Uni Med J*. 2008;66(2):136-40. [Persian] <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.pdf>
20. Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson KG. What is acceptance and commitment therapy? In: Hayes SC, Strosahl KD, editors. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer; 2004, pp.3-29.
21. Stewart RE, Chambless DL. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(4):595-606. doi: [10.1037/a0016032](https://doi.org/10.1037/a0016032)
22. Ghasemi S, Azizi A, Esmaeli, N. Comparison between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavior therapy on marital satisfaction in women with obsessive-compulsive disorder. *Community Health Journal*. 2018;11(2):58-67. [Persian] doi: [10.22123/chj.2018.88102](https://doi.org/10.22123/chj.2018.88102)
23. Alipour M, Sepehrian Azar F, Soleimani E, Mokarian F. The efficacy of acceptance and commitment therapy and couples coping enhancement training on health anxiety and health promoting lifestyles in women with breast cancer: a quasi-experimental study. *Stud Med Sci*. 2019;30(2):140-54. [Persian] <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-4690-en.html>
24. Yabande MR, Bagholi H, Sarvghad S, Kouroshnia M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy on reducing the symptoms of social anxiety. *Psychological Methods and Model*. 2019;10(36):177-96. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_3611.html?lang=en