MEJDS. 2020; 10:244.
Published online 2021 March. **Research Article**

The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Failure, Marital Satisfaction, and Emotion Regulation in Women

Elikai Dehno H[1], *Tizdast T[2]

Author Address
1. M.A, Clinical Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
***Corresponding author's email:** taher.tizdast@toniau.ac.ir

Received: 2020 Jan 19; **Accepted:** 2020 Feb 23

Abstract

Background & Objectives: The family system has been confronted with new challenges and issues as a result of the social changes of the past decades globally; it has therefore become increasingly threatened. The gradual disintegration of marital life functions, such as sociobiological, cognitive, and emotional aspects of couples leads to a serious reduction in marital satisfaction. Moreover, women are considered the main pillar of social development and the central focus of family health. Women play essential roles in the family and society. Numerous characteristics are involved in the continuation of marital life and the basic condition for this is the adaptation to stressful stimuli. Furthermore, unfriendly relationships and marital satisfaction affect couples' biopsychological health. Marital satisfaction is among the factors that significantly impact marital stability and family system stability; it is also a basis for parental relationships. Marital satisfaction is a personal experience in a marriage that can only be assessed by the individual in response to the degree of enjoying marital relationships. Marital conflict affects couples' psychological symptoms, such as anxiety and depression. The current study aimed to determine the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on emotional failure, marital satisfaction, and Emotion Regulation (ER) in women referring to the social emergency department.
Methods: This was an experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study consisted of all women referring to the social emergency department in Noshahr City, Iran, from October 2018 to December 2018. Using the convenience sampling method, the study subjects were chosen among those who obtained high scores in questionnaires concerning emotional failure and ER. They were randomly divided into the test and control groups (n=15/group). The experimental group received eight 90–minute weekly sessions of ACT; however, the controls received no intervention. The instruments used in this study included the Ross Love Impulse Questionnaire (1999), Enrich's Marital Satisfaction Scale (1989), and Gross's and John's Emotion Regulation Questionnaire (2003). Besides, after the completion of the study, a more effective treatment was administered to the control group. Statistical data were analyzed using one–way Analysis of Covariance (ANCOVA).
Results: The obtained results indicated the effectiveness of ACT on emotional failure (F=118.82, $p<0.001$), marital satisfaction (F=249.48, $p<0.001$), and ER (F=89.89, $p<0.001$) in the study participants.
Conclusion: According to the present research results, ACT was effective on emotional failure, marital satisfaction, and ER in the studied women; thus, it can be used to empower women with marital problems.
Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Emotional failure, Marital satisfaction, Emotion regulation.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.162.1]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۴۴.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی نوشهر

حمیرا الیکای دهنو[۱]، *طاهر تیزدست[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** taher.tizdast@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۹ دی ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۴ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: تعارضات زناشویی بر علائم روانی زوج‌ها همچون اضطراب و افسردگی تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی نوشهر انجام شد.

روش‌بررسی: روش تحقیق این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان نوشهر در محدودهٔ زمانی مهر تا آذر ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین داوطلبان واجد شرایط، تعداد سی نفر انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفرهٔ آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه مداخلهٔ پذیرش و تعهد را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامهٔ ضربهٔ عشق راس (۱۹۹۹)، پرسشنامهٔ رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۹) و پرسشنامهٔ تنظیم هیجان گروس و جان (۲۰۰۳) قبل و بعد از اجرای درمان پذیرش و تعهد به‌دست آمد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری به‌روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر شکست عاطفی ($p<۰/۰۰۱$)، رضایت زناشویی ($p<۰/۰۰۱$) و تنظیم هیجان ($p<۰/۰۰۱$) زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی نوشهر مؤثر است.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش مشخص کرد، درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان زنان مؤثر است؛ ازاین‌رو می‌توان از این درمان برای توان‌مندسازی زنان دارای مشکلات در روابط زناشویی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، شکست عاطفی، رضایت زناشویی، تنظیم هیجان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ‌غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.162.1]

۱ مقدمه

نظام خانواده درنتیجهٔ تحولات اجتماعی دهه‌های گذشته در سطح جهانی، با چالش‌ها و مسائل جدیدی دست به گریبان شده و ازاین‌رو به‌شکل فزاینده‌ای درمعرض تهدید قرار گرفته است. اضمحلال تدریجی کارکردهای زندگی زناشویی ازقبیل کارکردهای زیستی، اجتماعی، شناختی و عاطفی زوج منجربه تقلیل جدی احساس رضایت‌مندی در زندگی زناشویی می‌شود (۱). در این بین زنان به‌عنوان رکن اصلی توسعهٔ اجتماعی و محور اساسی سلامت خانواده مطرح هستند و در خانواده و اجتماع وظایف و نقش‌های مهمی دارند که لازمهٔ اجرای این نقش‌ها و وظایف برخورداری از سلامت کامل جسمی و روانی است (۲).

یکی از متغیرهایی که به‌نظر می‌رسد در زنان متأهل تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد، تنظیم هیجان[1] است (۳). تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان اشاره دارد (۴). گارنفسکی و کرایج[2] (به نقل از منبع ۵) تنظیم هیجان را کنش‌هایی می‌نامند که بیانگر راه‌های کنارآمدن فرد با شرایط استرس‌زا یا اتفاقات ناگوار است. همچنین تنظیم هیجان به فرایندی دلالت دارد که به‌وسیلهٔ آن تجربهٔ هیجانی ارزیابی، بازبینی و نگهداری یا اصلاح می‌شود. درنهایت با کمک چنین فرایندی افراد ترغیب می‌شوند به اینکه چه زمانی چه نوع هیجانی را داشته باشند و چگونه آن هیجانات را تجربه و ابراز کنند. تنظیم هیجانی به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی ــ روانی و فیزیکی در به انجام‌رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (۵). مطابق نظریهٔ بی‌نظمی هیجانی، برخی الگوهای تنظیم هیجانی یا فقدان آن‌ها می‌توانند کارکرد فرد را مختل کنند و علائم آسیب‌شناختی را ایجاد کرده و دوام بخشند (۶). همچنین بدتنظیمی هیجانی زمانی رخ می‌دهد که فرد نمی‌تواند به‌طور مؤثری تجربه و ابراز هیجانات خود را کنترل کند. تحقیقات نشان می‌دهد، مهارت‌های هیجانی رشدنیافته و استفاده از راهبردهایی که عاطفهٔ منفی را طولانی کرده و افزایش می‌دهد، خطر معناداری برای رشد و دوام بیماری روانی محسوب می‌شود (۷). تنظیم هیجان سازش‌یافته[3] با سازش‌یافتگی تعاملات اجتماعی[4] مثبت مرتبط است و موجب افزایش تجربهٔ هیجان مثبت و مقابلهٔ موثر با موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود. این توانایی فعالیت‌های واکنشی لازم را در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی، افزایش می‌دهد (۸).

در تداوم زندگی زناشویی، عوامل متعددی دخیل بوده و شرط اساسی در این امر مهم سازگاری دربرابر آثار محرک‌های تنش‌زا است. سازگاری با موقعیت‌های متنوع، در دورانی که عصر تنیدگی و تغییرات سریع اجتماعی است، کار آسانی نیست (۹). همچنین روابط خصمانه و فاقد رضایت زناشویی[5]، سلامت روانی و جسمانی زوج‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). رضایت زناشویی به‌عنوان رابطهٔ مهم‌تر و اساسی‌تر انسان توصیف شده است؛ زیرا ساختاری اولیه را برای بنانهادن رابطهٔ خانوادگی و تربیت‌کردن نسل آینده فراهم می‌سازد (۱۱). رضایت‌مندی زناشویی ازجمله عواملی است که در پایداری زناشویی و ثبات نظام خانواده نقش مؤثری ایفا می‌کند و نیز پایه‌ای برای رابطهٔ والدینی است (۱۲). رضایت زناشویی تجربه‌ای شخصی در ازدواج بوده که تنها توسط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطهٔ زناشویی قابل ارزیابی است. در پژوهشی ذکرشده که رضایت زناشویی به انتظارات افراد بستگی دارد (۱۳).

شکست در رابطهٔ عاشقانه رویدادی است که فرد را از نظر سلامت عمومی در وضعیت نامطلوبی قرار می‌دهد و می‌تواند تقریباً بر تمام زمینه‌های اجتماعی، عاطفی، روانی، مالی، جنسی، جسمی و معنوی زندگی فرد تأثیر بگذارد (۱۴). برخی از اثرات منفی پریشانی روابط روانی مربوط به پایان رابطهٔ عاطفی مطالعه شده است. افرادی که شکست در روابط عاشقانه را تجربه می‌کنند، با ناراحتی شدید که اغلب شامل خشم، افسردگی، غم، تنهایی، اشتیاق، حسرت، احساس گناه، تلخی و ناکامی، علائم استرس پس از سانحه، ازدست‌دادن اعتمادبه‌نفس، ازدست‌دادن عزت‌نفس، مشکلات سازگاری، استرس و ناامیدی، بی‌خوابی، سندرم دلشکستگی و به‌خطرافتادن عملکرد سیستم ایمنی بدن بوده، مواجه می‌شوند. همچنین شکست عاطفی تمام شخصیت فرد را به ناکامی می‌کشد (۱۵). در پژوهش‌های اگولوسکی، سورا و مانک، وقتی از افراد خواستند افسردگی یا حوادث ناسازگار و ناگوار در زندگی‌شان را یادآوری کنند، اکثریت قریب به اتفاق در پاسخ‌هایشان نوعی از آشفتگی و انحلال یک‌رابطه و شکست عاطفی را به‌عنوان پاسخ‌های شایع‌تر بیان کردند (۱۶).

درمان‌های زیادی تاکنون بر رضایت زناشویی، تنظیم هیجان و شکست عاطفی متمرکز بوده‌اند. یکی از درمان‌های جدید درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[6] است. در این درمان‌ها به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۷). هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد؛ نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز به فرد تحمیل شود (۱۸). اثربخشی این راهبرد درمانی تاکنون در طیف گسترده‌ای از مسائل روان‌شناختی تأیید شده است؛ همچنین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر استرس، رضایت زناشویی و پریشانی روان‌شناختی به تأیید رسیده است (۲۲ ــ ۱۹).

مسئلهٔ پژوهش حاضر آن است که با بررسی میزان تأثیر رویکرد پذیرش و تعهد بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان زنان، علاوه‌بر مشخص‌شدن نقش این درمان بر متغیرهای ذکرشده، خلأ پژوهشی موجود در این زمینه نیز تا حدی مرتفع شود. از سوی دیگر رضایت و سازگاری نگهدارندهٔ ازدواج و پیوند زناشویی است؛ ازاین‌رو انجام پژوهش‌ها و مداخلات بالینی برای برقراری رابطهٔ زناشویی سالم بین زوج‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان تعهد و پذیرش بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی

1. Emotion regulation
2. Garnefski, Kraaij
3. Adjustment of emotion
4. Adaptation to social interactions
5. Marital satisfaction
6. Acceptance and commitment therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-20]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.162.1]

و تنظیم هیجان زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی نوشهر بود.

۲ روش‌بررسی

روش تحقیق این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان نوشهر در محدودهٔ زمانی مهر تا آذر ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین داوطلبان واجد شرایط، تعداد سی نفر انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده‌نفرهٔ آزمایش و گواه جایگزین شدند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعهٔ مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۹۵درصد، توان آزمون ۸۰درصد و میزان ریزش ۵درصد برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد. گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای که هفته‌ای یک‌بار برگزار شد، مداخلهٔ پذیرش و تعهد را دریافت کرد؛ و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کرده 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؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا شد. ابزار زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– پرسشنامهٔ ضربهٔ عشق راس[1] (۱۹۹۹): این ابزار مقیاسی است که راس در سال ۱۹۹۹ برای سنجش شدت عشق تهیه کرد (۲۳). پرسشنامه از ده ماده تشکیل شده است. هر ماده چهارگزینه‌ای بوده و فرد لازم است تا براساس تجربهٔ ضربهٔ عشقی خود مناسب‌ترین گزینه را انتخاب کند. این پرسشنامه یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم می‌کند. نمرهٔ ۲۰ به‌عنوان نقطهٔ برش در این پرسشنامه در نظر گرفته می‌شود (۸). نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای و از ۰تا۳ امتیازبندی شده است. اگر نمره بین ۲۰تا۳۰ باشد این وضعیت به‌معنای تجربهٔ جدی نشانگان ضربهٔ عشق است. نمرهٔ بین ۱۰تا۱۹ نشان می‌دهد که نشانگان ضربهٔ عشقی وجود دارد؛ اما در حد تحمل‌پذیرتری است؛ همچنین نمرهٔ بین ۰تا۹ نشان می‌دهد که نشانگان ضربهٔ عشقی کاملاً در سطح قابل تحمل و کنترل‌شدنی است و به‌طور جدی زندگی را تخریب نمی‌کند. ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) این پرسشنامه در گروهی ۴۸نفری از جمعیت دانشجویی ۰/۸۱ و ضریب اعتبار آن در همین گروه با روش بازآزمایی به فاصلهٔ یک‌هفته ۰/۸۳ به‌دست آمد (۲۳). نتایج پژوهش بهدوست و همکاران در بررسی روایی هم‌زمان نسخهٔ فارسی این پرسشنامه از پرسشنامهٔ سبک‌های عشق‌ورزی استرنبرگ نشان داد که دارای همبستگی r=-۰/۵۶ است. همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ به‌دست آمد (۲۴).

– پرسشنامهٔ رضایت زناشویی انریچ[2] (۱۹۸۹): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط فاورز و اولسون تهیه شد (۲۵). پرسشنامه ۴۷ سؤال و دوازده خرده‌مقیاس دارد که عبارت است از: پاسخ قراردادی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ نظارت مالی؛ فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت؛ روابط جنسی؛ ازدواج و فرزندان؛ بستگان و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی؛ جهت‌گیری عقیدتی. این ابزار به‌صورت پنج‌گزینه‌ای که در اصل نگرش‌سنجی از نوع لیکرت بوده، در نظر گرفته شده است. پنج گزینه شامل کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالف است که به هرکدام از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود (۲۵). ضریب آلفای پرسشنامهٔ انریچ در گزارش اولسون و همکاران، برای خرده‌مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطهٔ جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان و نقش‌های مساوات‌طلبی به‌ترتیب برابر ۰/۹۵، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲ و ۰/۷۱ بود (۱۸). در پژوهش ضیایی و همکاران، ضریب آلفای نسخهٔ فارسی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۶۸ (برای نقش‌های مساوات‌طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ به‌دست آمد. اعتبار بازآزمایی پرسشنامه در فاصلهٔ چهار هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت‌های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ بود (۲۶).

– پرسشنامهٔ تنظیم هیجان[3] (۲۰۰۳): این پرسشنامه توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ تدوین شد. ده گویه و دو خرده‌مقیاس دارد که عبارت است از: ۱. بازداری هیجانی؛ ۲. بازیابی هیجانی (۲۷). آزمودنی به هر گویهٔ این مقیاس براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» پاسخ می‌دهد. دامنهٔ نمرات در این مقیاس از ۱۰تا۷۰ است. از نظر همسانی درونی برای عامل بازداری هیجانی در طول چهار اجرای مختلف ازطریق ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ به‌دست آمد. پایایی بازآزمایی این مقیاس در سه ماه ۰/۶۹ بود (۲۷). نسخهٔ فارسی این پرسشنامه توسط حسنی اعتباریابی شد و نشان داد که این مقیاس دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷، پایایی دونیمه‌سازی ۰/۵۹ و پایایی بازآزمایی ۰/۵۷ است (۲۸).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی هیز، استروسال و ویلسون اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی زیادی برخوردار است (۲۹). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به‌روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شد. جهت بررسی پیش‌فرض

[1] Love Trauma Inventory

[2] Enrich Marital Satisfaction Scale

[3] Emotion Regulation Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.162.1]

نرمال‌بودن داده‌ها قبل از آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو- ویلکز استفاده شد. به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون لون و همگنی شیب‌های رگرسیون به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

ردیف	جلسه	مداخلات
۱	جلسهٔ اول: مقدمه و دستور جلسهٔ درمان	فراهم‌کردن فرصتی برای مراجعان به‌منظور آشنایی با یکدیگر و اهداف درمان؛ برقراری رابطهٔ درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرین مبتنی‌بر آگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز».
۲	جلسهٔ دوم: تغییر رفتار و ذهن‌آگاهی	ایجاد درماندگی خلاق دربارهٔ راه‌حل‌های گذشته ازطریق استعاره و پرسش از مراجعان؛ تمرین ذهن‌آگاهی.
۳	جلسهٔ سوم: ارزش‌ها	پذیرش؛ ارزش‌ها؛ تکلیف.
۴	جلسهٔ چهارم: شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف	شفاف‌سازی ارزش‌ها؛ بررسی موانع؛ تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن‌آگاهی «اسکن بدن»؛ تکمیل فرم مسیرهای ارزش‌مند.
۵	جلسهٔ پنجم: گسستگی	مرور تکالیف؛ گسستگی از تهدیدهای زبان؛ ذهن‌آگاهی؛ تکلیف.
۶	جلسهٔ ششم: عمل متعهدانه	مرور درمان؛ عمل متعهدانه؛ ذهن‌آگاهی و تمرین خودمشاهده‌گری؛ تکالیف.
۷	جلسهٔ هفتم: رضایت	رنج اولیه و ثانویه؛ تعهد و موانع شکل‌گیری؛ رضایت؛ ذهن‌آگاهی در پیاده‌روی و تکالیف.
۸	جلسهٔ هشتم: ختم جلسات و نتیجه‌گیری	شفاف‌سازی ارزش‌ها؛ عود و پیشامدها- آمادگی نه؛ پیشگیری؛ خداحافظی؛ تکلیف مادام‌العمر.

۳ یافته‌ها

در این مطالعه تعداد سی نفر (پانزده نفر گروه گواه و پانزده نفر گروه آزمایش) در دامنهٔ سنی ۳۲تا۴۹ سال بررسی شدند. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۴۲±۵/۳۲ سال و میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه ۴۰±۴/۵۶ سال به‌دست آمد. شرکت‌کنندگان از نظر نوع ازدواج (p=۰/۲۱۹)، طول مدت ازدواج (p=۰/۵۶۳) و تعداد فرزند (p=۰/۱۸۸) یکسان بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک دو گروه مطالعه‌شده

مؤلفه‌ها	گروه درمان تعهد و پذیرش (ACT)				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکست عاطفی	۲۰	۱/۴۱	۱۲/۷۳	۲/۰۹	۲۲/۴۷	۲/۸۹	۲۱/۴۷	۲/۹۰
رضایت زناشویی	۷۶/۴۷	۱/۳۵	۸۶/۶۷	۲/۲۵	۷۵/۸۷	۱/۶۴	۷۷	۱/۷۷
تنظیم هیجان	۳۲	۲/۴۵	۳۹/۴۰	۲/۲۰	۲۹/۱۳	۱/۳۵	۳۰/۱۳	۱/۳۵

در جدول ۲ میانگین (انحراف معیار) نمرات مشارکت‌کنندگان در شاخص متغیرهای شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان مشاهده می‌شود. قبل از بررسی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو- ویلکز نشان داد که تمامی متغیرهای شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان از توزیع نرمال برخوردار هستند. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون مشخص کرد، فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است. در جدول ۲، به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اشاره شده است.

جدول ۳. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر شکست عاطفی زنان در گروه درمان تعهد و پذیرش (ACT) و گروه گواه

منبع پراش	مجموع مجذورات SS	درجهٔ آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر η^2
شکست عاطفی	۲۳۷/۸۲۵	۱	۲۳۷/۸۲۵	۱۱۸/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
خطا	۵۴/۱۰۳	۲۸	۲/۰۰۴			
رضایت زناشویی	۶۰۱/۴۴۸	۱	۶۰۱/۴۴۸	۲۴۹/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۰
خطا	۶۵/۰۹۱	۲۸	۲/۴۱۱			
تنظیم هیجان	۳۰۷/۲۰۰	۱	۳۰۷/۲۰۰	۸۹/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
خطا	۹۵/۶۰۰	۲۸	۳/۷۳۸			

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.162.1]

به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌های جدول ۳ نشان داد، میانگین نمرات شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه، معنادار است؛ بدین‌معنا که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در کاهش شکست عاطفی ($p<۰/۰۰۱$)، افزایش رضایت زناشویی ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش تنظیم هیجان ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است. ضریب تأثیر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۹۰ و ۰/۷۶ به‌دست آمد که حاکی‌از تأثیر نسبتاً زیاد درمان تعهد و پذیرش بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان زنان بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی نوشهر بود. نتایج نشان داد، درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر شکست عاطفی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی نوشهر تأثیر دارد. یافته‌های حاصل با نتایج پژوهش مهدوی و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان دارای سرطان پستان و پژوهش اسپیدل و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان همسوست (۲۹،۳۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، آسیب‌های ناشی‌از شکستِ ارتباطی عاطفی دارای ابعاد شناختی‌ـ هیجانی ازجمله افسردگی، ازدست‌دادن قدرت تصمیم‌گیری، حس استقلال و عزت‌نفس، جسمی و جنسی و آسیب‌های فردی و اجتماعی است. شواهد حاکی‌از این امر است که این‌گونه شکست‌ها پیامدهایی مثل خشم، غم، افسردگی، تغییر عواطف به‌شکل ناامنی و کاهش سلامت جسمانی را به‌دنبال داشته و بر ذهن افراد تجربه‌کنندهٔ آن، شدیداً تأثیر منفی دارد. پژوهش‌های انجام‌شده در حوزهٔ درماندگی بعد از شکست نشان‌دهندهٔ آن است که شکست رابطه پیامدهای منفی نظیر درماندگی عاطفی، خشم و رنجش و احساس تنهایی را به‌دنبال دارد (۱۵،۱۶). وقتی فرد دچار شکست عاطفی می‌شود علائمی چون برانگیختگی، اجتناب، یادآوری خودکار و آناستازی هیجانی به‌همراه دارد؛ یعنی همواره تنش دارد و گوش‌به‌زنگ است و تلاش می‌کند از آنچه شکست عاطفی را برای او یادآور می‌شود، اجتناب کند؛ همچنین توانایی او برای درگیرشدن در رابطهٔ عاطفی کاهش می‌یابد (۱۶).

در درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌شود فرد در حوزهٔ پذیرش خود دربارهٔ خود، آگاهی پیدا کند، نقاط قوت و ضعف خود را بپذیرد، نگرش مثبت به خود داشته باشد و به شناخت و پذیرش ابعاد چندگانهٔ وجود خود برسد؛ همچنین نگرش مثبت دربارهٔ گذشتهٔ خود داشته باشد و بتواند با دیگران روابط مثبت، گرم، رضایت‌بخش و قابل اعتماد ایجاد کند (۱۲)؛ همین‌طور می‌آموزد که مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی پیدا کند؛ یعنی احساس رشد مداوم، پذیرش تجارب جدید، تأکید بر تغییر مبتنی‌بر تجربه، تعلق دوبارهٔ خود و اثربخشی شخصی پیدا کرده و به هدف‌مندی در زندگی دست یابد؛ همچنین احساس استقلال و خودکفایی در مدیریت محیط اطراف خود، تسلط بر مجموعهٔ پیچیده‌ای از فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر و کارآمد از فرصت‌های به‌وجودآمده را در خود تقویت نماید و برای استقلال‌جویی تلاش کند (۱۳). این یعنی فرد بتواند تجربهٔ خودکفایی، توانایی رویارویی با فشارهای اجتماعی، عمل براساس راه‌حل‌های فردی و ارزیابی خود ازطریق معیارهای شخصی را افزایش دهد؛ همهٔ مطالب مذکور که از درمان پذیرش و تعهد ناشی می‌شود به فرد کمک می‌کند پریشانی‌ها و ناراحتی‌های روانی خود را تعدیل نماید (۱۵).

نتایج نشان داد، درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر رضایت زناشویی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی نوشهر تأثیر دارد. نتایج حاصل با یافته‌های پژوهش مهدوی و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان دارای سرطان پستان همسوست (۲۹).

در تبیین نتایج حاصل می‌توان به این امر اشاره کرد که رضایت زناشویی جنبه‌ای بسیار مهم و پیچیده از رابطه‌ای زناشویی است و سلامت روانی خانواده را تضمین می‌کند؛ این ارزیابی کلی روان‌شناختی فرد از رابطهٔ زناشویی و میزان برآورده‌شدن نیازها، خواسته‌ها و آرزوهای شخصی و زوجی که در قالب کلی رضایت زناشویی بیان می‌شود، می‌تواند در سازگاری فرد دارای نقش بسیار مهمی باشد (۲۰). اگر فرد احساس رضایت از زندگی زناشویی نداشته باشد دچار مشکلات روان‌شناختی و جسمانی متعددی می‌شود. افرادی که رضایت زناشویی کمتری دارند خود، گذشته، آینده، دیگران و نیز رویدادها و موقعیت‌های زندگی خود را ناخوشایند ارزیابی می‌کنند و هیجان‌های منفی ازقبیل اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌نمایند (۲۳). درمان پذیرش و تعهد به فرد این امکان را می‌دهد که ابتدا تغییر روابط با تجارب درونی خود، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزش‌مند را بیاموزد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل گسترش و وضوح آگاهی درونی است و موجب تقویت رابطه‌ای غیرقضاوتی با تجارب خود می‌شود. همچنین این درمان خود دلسوزی را در فرد موجب می‌شود که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا را در فرد کاهش می‌دهد و از ادامهٔ ناراحتی و تنش بین افراد جلوگیری می‌کند. همچنین این درمان انگیزهٔ اجتناب تجربی را فراهم می‌آورد. درنهایت در این درمان، افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، تجربه می‌شود (۲۴).

نتایج نشان داد، درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر تنظیم هیجان زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی نوشهر تأثیر دارد. نتایج حاصل با یافته‌های پژوهش اسپیدل و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان همسوست (۳۰). یکی از بخش‌های مهم در درمان پذیرش و تعهد، درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی است. این توانایی که درمان پذیرش و تعهد آن را در فرد ایجاد می‌کند، ارزیابی شناختی هیجانات، کاهش احساسات منفی، افزایش احساسات مثبت و رفتارهای سازگارانه را به‌دنبال دارد؛ همچنین سبب افزایش آگاهی از هیجان‌ها، پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها مخصوصاً هیجان مثبت در موقعیت‌های مختلف زندگی می‌شود (۲۵). درمان پذیرش و تعهد، باعث افزایش پذیرش روان‌شناختی، افزایش فعالیت‌های هدف‌دار، منعطف و سازگار، بدون درنظرگرفتن محتوای

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.162.1]

تجربیات روان‌شناختی آن‌ها می‌گردد. ویژگی مذکور، افزایش توانایی را برای انجام عمل مؤثر همسو با ارزش‌های فردی با وجود حضور درد و رنج در پی دارد؛ همچنین باعث می‌شود افراد افکار، عواطف و رفتارهای منفی خود را بدون‌آنکه سرکوب یا دربارهٔ آن قضاوت ارزشی و احساس گناه کنند، به‌طور کامل مشاهده، تجربه، شرح و توصیف نمایند (۱۳).

نمونهٔ انتخابی اولیه برای گمارش در گروه‌های آزمایش و گواه به‌صورت دردسترس انجام پذیرفت. باتوجه به اینکه پژوهش حاضر در بین گروه بالینی اجرا شد، پیشنهاد می‌شود پژوهشی در گروه‌های غیربالینی نیز انجام شود. جامعهٔ آماری پژوهش در بین زنان صورت گرفت؛ ازاین‌رو توصیه می‌شود این پژوهش در بین مردان نیز اجرا گردد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر شکست عاطفی زنان مؤثر است و پیشنهاد می‌شود، در برنامه‌های مداخله‌ای برای افراد درگیر در شکست عاطفی مداخلات پذیرش و تعهد نیز در نظر گرفته شود. باتوجه به نتایج حاصل از پژوهش که نشان داد درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر رضایت زناشویی زنان تأثیر دارد پیشنهاد می‌شود، به‌منظور افزایش رضایت از زندگی در زوجین از جلسات آموزشی پذیرش و تعهد استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج حاصل از پژوهش که نشان داد درمان تعهد و پذیرش (ACT) بر شکست عاطفی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان زنان مؤثر است، می‌توان از این درمان برای توان‌مندسازی زنان دارای مشکلات در روابط زناشویی استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از اورژانس اجتماعی شهرستان نوشهر با شماره نامهٔ ۷۵ صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کرده 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؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجراست.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ رسالهٔ دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است.

References

1. Mohammadi K, Samavi A, Ghazavi Z. The relationship between attachment styles and lifestyle with marital satisfaction. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016;18(4):e23839. doi:10.5812/ircmj.23839
2. Norona JC, Olmstead SB, Welsh DP. Breaking up in emerging adulthood: a developmental perspective of relationship dissolution. Emerging Adulthood. 2017;5(2):116–27. doi:10.1177/2167696816658585
3. McNulty JK, Wenner CA, Fisher TD. Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. Archives of Sexual Behavior. 2016;45(1):85–97. doi:10.1007/s10508-014-0444-6
4. Rick JL, Falconier MK, Wittenborn AK. Emotion regulation dimensions and relationship satisfaction in clinical couples. Pers Relationship. 2017;24(4):790–803. doi:10.1111/pere.12213
5. Weiss NH, Darosh AG, Contractor AA, Forkus SR, Dixon-Gordon KL, Sullivan TP. Heterogeneity in emotion regulation difficulties among women victims of domestic violence: a latent profile analysis. Journal of Affective Disorders. 2018;239:192–200. doi:10.1016/j.jad.2018.07.009
6. Márki G, Bokor A, Rigó J, Rigó A. Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis. Human Reproduction. 2017;32(7):1432–8. doi:10.1093/humrep/dex091
7. Holzhauer CG, Gamble SA. Depressive symptoms mediate the relationship between changes in emotion regulation during treatment and abstinence among women with alcohol use disorders. Psychology of Addictive Behaviors. 2017;31(3):284–94. doi:10.1037/adb0000274
8. England-Mason G, Kimber M, Khoury J, Atkinson L, MacMillan H, Gonzalez A. Difficulties with emotion regulation moderate the association between childhood history of maltreatment and cortisol reactivity to psychosocial challenge in postpartum women. Hormones and Behavior. 2017;95:44–56. doi:10.1016/j.yhbeh.2017.07.007
9. Masoumi SZ, Garousian M, Khani S, Oliaei SR, Shayan A. Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. International Journal of Fertility and Sterility. 2016;10(3). doi:10.22074%2Fijfs.2016.5045
10. Gadassi R, Bar-Nahum LE, Newhouse S, Anderson R, Heiman JR, Rafaeli E, et al. Perceived partner responsiveness mediates the association between sexual and marital satisfaction: a daily diary study in newlywed couples. Archives of Sexual Behavior. 2016;45(1):109–20.. doi:10.1007/s10508-014-0448-2

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.162.1]

11. Fang S, Chung MC, Watson C. The impact of posttraumatic stress symptoms, posttraumatic stress cognitions and interpersonal dependency on psychological co-morbidities following relationship dissolution among college students. Journal of Mental Health. 2018;27(5):424–31. doi:10.1080/09638237.2018.1437600
12. DeLongis A, Zwicker A. Marital satisfaction and divorce in couples in stepfamilies. Current Opinion in Psychology. 2017;13:158–61. doi:10.1016/j.copsyc.2016.11.003
13. Lavner JA, Karney BR, Bradbury TN. Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication? Journal of Marriage and Family. 2016;78(3):680–94. doi:10.1111/jomf.12301
14. Gana K, Jakubowska S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. J Health Psychol. 2016;21(6):1043–54. doi:10.1177%2F1359105314544990
15. Deng W, Rolls ET, Ji X, Robbins TW, Banaschewski T, Bokde ALW, et al. Separate neural systems for behavioral change and for emotional responses to failure during behavioral inhibition. Human Brain Mapping. 2017;38(7):3527–37. doi:10.1002/hbm.23607
16. Ogolsky BG, Surra CA, Monk JK. Pathways of commitment to wed: the development and dissolution of romantic relationships. Journal of Marriage and Family. 2016;78(2):293–310. doi:10.1111/jomf.12260
17. Kanzler KE, Robinson PJ, McGeary DD, Mintz J, Potter JS, Muñante M, et al. Rationale and design of a pilot study examining Acceptance and Commitment Therapy for persistent pain in an integrated primary care clinic. Contemporary Clinical Trials. 2018;66:28–35. doi:10.1016/j.cct.2018.01.004
18. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. Behaviour Research and Therapy. 2015;74:25–31. doi:10.1016/j.brat.2015.08.012
19. Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, Berglund G. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: a randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2011;49(6–7):389–98. doi:10.1016/j.brat.2011.03.009
20. Derrick JL, Houston RJ, Quigley BM, Testa M, Kubiak A, Levitt A, et al. (Dis)similarity in impulsivity and marital satisfaction: a comparison of volatility, compatibility, and incompatibility hypotheses. Journal of Research in Personality. 2016;61:35–49. doi:10.1016/j.jrp.2016.02.001
21. Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. Behaviour Research and Therapy. 2010;48(8):816–20. doi:10.1016/j.brat.2010.05.004
22. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox J-P, Schreurs KMG, Spinhoven P. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2013;51(3):142–51. doi:10.1016/j.brat.2012.11.007
23. Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2007.
24. Behdost P, Kargar K, Ziaaddini Z, Salimi H. The effectiveness of spiritual-religious psychotherapy on love trauma syndrome and acceptance in female students with love failure. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2019;6(2):45–51. [Persian] doi:10.29252/jhsme.6.2.45
25. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH marital satisfaction scale: a brief research and clinical tool. Journal of Family Psychology. 1993;7(2):176–85. doi:10.1037/0893-3200.7.2.176
26. Ziaee T, Jannati Y, Mobasheri E, Taghavi T, Abdollahi H, Modanloo M, et al. The relationship between marital and sexual satisfaction among married women employees at Golestan University of medical sciences, Iran. Iranian Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences. 2014;8(2):44.
27. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 2003;85(2):348–62. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
28. Hasani J. Persian version of the emotion regulation questionnaire: factor structure, reliability and validity. International Journal of Behavioral Sciences. 2016;10(3):108–13. http://www.behavsci.ir/article_67952.html
29. 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. Archives of Breast Cancer. 2017;4(1):16–23. doi:10.19187/abc.20174116-23
30. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2018;91(2):248–61. doi:10.1111/papt.12159

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.162.1]