

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اهواز

ساسان باوی^۱، مدینه مزروعی^۲

^۱ استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اهواز بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی میدانی و طرح پژوهش، پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زوجین دارای تعارضات زناشویی که در سال ۱۴۰۲ به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اهواز مراجعه نمودند. همچنین، با توجه به روش تحقیق پژوهش حاضر و حجم نمونه‌ی پژوهش‌های مشابه، از بین زوجین مراجعه کننده به ۱۰ مرکز روان شناختی، تعداد ۲۰ زوج که طی پیش آزمونی با استفاده از ابزار ذکر شده نمرات بالای میانگین در پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی، حساسیت اضطرابی و نمرات پایین میانگین در تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی کسب کرده بودند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (۱۰ زوج در هر گروه) در قالب گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تعارض زناشویی توسط ثنایی و همکاران (۱۳۸۷)؛ شاخص حساسیت اضطرابی فلوید و همکاران (۲۰۰۵)؛ پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)؛ پرسشنامه‌ی چند بُعدی خود پنداره‌ی جنسی اسنل و همکاران (۱۹۸۹) و مقیاس تاب آوری هیجانی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)؛ بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) و تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکووا) بررسی شدند. نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث کاهش حساسیت اضطرابی و افزایش تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی در گروه آزمایش شده است. پیشنهاد می‌شود این درمان جهت کاهش علائم روانشناختی تعارض زناشویی در مراکز درمانی و مشاوره مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی، تاب آوری هیجانی، تعارضات زناشویی

۱. مقدمه

خانواده، مهمترین نهاد جامعه بشری است که بنیادی ترین و اولین نهاد جامعه به شمار می رود. اولین گام برای ایجاد این نهاد اجتماعی، ازدواج است. ازدواج، در همه جوامع یک موضوع مهم تلقی می شود و داشتن یک زندگی زناشویی موفق برای اکثر افراد هدف اصلی و ایده آل تلقی می شود. به عبارت دیگر، خانواده به عنوان مهمترین واحد جوامع شناخته می شود و ازدواج اساسی ترین رابطه انسانی است. زیرا ساختار اولیه روابط خانوادگی و رشد نسل های بعدی است (دربانی و پارساکیا، ۱۴۰۱). به عبارت دیگر، نظام خانواده، در زمره مهم ترین نظام های اجتماعی است که بر اساس ازدواج بین دو فرد شکل می گیرد و براساس نیاز به برقراری و حفظ پیوند و روابط نزدیک با یکدیگر به عنوان انگیزه اساسی بشر حائز اهمیت است (فتح اله زاده و همکاران، ۱۳۹۶). تقویت زندگی خانوادگی، ثبات و دوام آن در گرو نگرش و طرز تعامل زوجها با یکدیگر است (آنیسا و همکاران^۱، ۲۰۱۳). به بیان دیگر، مقدمه جدایی زوجین، تعارض زناشویی^۲ است که از شایعات ساده شروع می شود و می تواند به درگیری لفظی، دعوا و ضرب و شتم و گاهی جدایی کشیده شود. ازدواج زمانی که درجات مختلف استقلال یا وابستگی زوجین برای همکاری و تصمیم گیری مورد نیاز باشد، تعارضات افزایش می یابد. این درجه تفاوت ها می تواند به دلیل حساسیت ها ایجاد شود و باعث ایجاد اختلافات سطحی تا درگیری های شدید شود (اوه و هوانگ^۳، ۲۰۱۸).

یکی از عوامل موثر در تعارضات زناشویی، حساسیت اضطرابی^۴ است. حساسیت اضطرابی به این باور اشاره دارد که برانگیختگی حسی مرتبط با اضطراب پیامدهای منفی مانند مرگ، اختلالات روانی و طرد اجتماعی برای فرد خواهد داشت. این باور به نوبه خود ترس را در قالب برانگیختگی حسی اولیه ایجاد می کند. به این ترتیب، حساسیت به اضطراب یک شاخص نسبتاً پایدار است که میزان ترس را در افراد منعکس می کند (تیلور و همکاران^۵، ۲۰۰۷). حساسیت اضطرابی علاوه بر اینکه یک عامل خطر برای اختلالات اضطرابی است، می تواند اضطراب و اختلالات غیر اضطرابی را پیش بینی کند؛ مانند: خودکشی، افسردگی و مصرف مواد (اوگلسبی و همکاران^۶، ۲۰۱۵).

یکی دیگر از عوامل موثر در تعارضات زناشویی، پریشانی روانشناختی^۷ است. پریشانی روانشناختی، در برگیرنده حالات ذهنی ناخوشایند شامل افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائمی از شرایط هیجانی و فیزیولوژیکی را در بر می گیرد (ویلیامز و همکاران^۸، ۲۰۱۳). همچنین، تحمل پریشانی^۹ به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روانشناختی منفی تعریف می شود. افرادی که تحمل آسفتگی پایین دارند، اولاً، هیجان در نظر این افراد غیر قابل تحمل است و توانایی رسیدگی به پریشانی شان را ندارند. دوماً، این افراد وجود هیجان را انکار می کنند و از آن احساس شرم و آسفتگی می کنند. چون در خود توانایی مقابله با هیجانات را نمی بینند (عزیزی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۰). همچنین، همسو با پژوهش های اخیر، افراد با پریشانی روانی بالا بیشتر از نشانه های بیماری جسمی شکایت می کنند و فراوانی بیماری های جسمی، پیش بینی کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی در آنها می باشد (هامر و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۸). همچنین، توافق روشنی وجود دارد که عزت نفس جنسی^{۱۲} یک جنبه مهم از زندگی زوجین است و بسیار پیچیده تر از ادراک او از توانایی اش برای جذب یک شریک جنسی می باشد و در واقع عزت نفس جنسی به عنوان یک احساس عمومی درباره ی خود جنسی که از تجربیات جنسی بین فردی با عملکرد جنسی^{۱۳} مستقل است، تعریف می شود (کالگرو و تامپسون^۱، ۲۰۰۹؛ به نقل از شاهینی،

^۱ Aneesa et al^۲ Marital Conflict^۳ Oh & Hwang^۴ anxiety sensitivity^۵ Taylor et al^۶ Oglesby et al^۷ psychological distress^۸ Williams et al^۹ distress tolerance^{۱۰} Azizi et al^{۱۱} Hamer et al^{۱۲} sexual self- esteem^{۱۳} sexual function

۱۳۹۵). مفهوم عزت نفس جنسی تنها در تجربیات جنسی توسعه پیدا نمی کند، بلکه زنان و مردان می توانند از انواع تعاملات اجتماعی مانند خانواده، برنامه های آموزش جنسی، رسانه ها، دوستان و همسالان نیز یاد بگیرند (ویدرمان^۲، ۲۰۰۳). از دیگر مفاهیمی که در تعارضات زناشویی نقش دارد، تاب آوری هیجانی^۳ است. تاب آوری توانایی مقاومت در برابر تغییرات و ظرفیت مثبت برای سازگاری با استرس تعریف شده است. (پنپاکدی و لیمنیرانکول^۴، ۲۰۱۸) مکانیزم تاب آوری در کاهش اضطراب به این نحو عمل می کند که مؤلفه های اصلی آن مانند اعتماد به نفس، شایستگی شخصی، اعتماد به غریز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی هنگام قرار گرفتن در شرایط استرس زا به مثابه یک حائل عمل کرده و اجازه بروز اضطراب را نمی دهد (وود^۵، ۲۰۱۹). گلادینگ^۶ (۲۰۱۴)، به نقل از محمودپور و همکاران، (۱۳۹۹) قابلیت انطباق و لانگ و یانگ^۷ (۲۰۰۷) ترجمه نظری و همکاران؛ (۱۳۹۲) باور به حل مشکلات، را ویژگی خانواده کارآمد می دانند. قابلیت انطباق همان مفهوم تاب آوری است که ابتدا در روانشناسی فردی مطرح شد. امروزه دیگر تاب آوری یک سازه صرفاً درون روانی نیست و بین فردی قلمداد می شود، و غیر از تاب آوری فردی، از تاب آوری زوجین و جامعه هم بحث می شود. تعاریف متعددی از تاب آوری زوجین ارائه شده است، که در همه آنها سه اصل اساسی وجود دارد: وجود چالش، بحران، یا سختی عمده و بالقوه که عملکرد زوجین را به هم می زند؛ توانایی زوجین برای استفاده از منابع درونی و بیرونی؛ و فرایند پویای درگیر شدن با چالش ها و سازگاری (گازمن^۸، ۲۰۱۱). زوجین در نتیجه مواجهه با استرس قوی تر می شود، به منابع بیش تری دست می یابد، نسبت به توانمندی های پیش مطمئن تر می شود، و در مقایسه با گذشته خود پیشرفت می کند (تیلور^۹، ۲۰۱۰، به نقل از غضنفری و بدری، ۱۳۹۸). مطالعات فراوانی، اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف، از جمله رویکردهای رفتاری، شناختی، شناختی-رفتاری، طرحواره درمانی هیجانی، درمان های حمایتی، درمان های شفقت ورزی و درمان های روان شناختی بین فردی را به صورت فردی و گروهی مورد بررسی قرار داده اند (عابدی شرق و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از این مداخله های روان شناختی جدید که می تواند به بهبود تعارضات زناشویی کمک کند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} است؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان شناختی تجربی محور می باشد (وارتون و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۹). این درمان، ریشه در یک نظریه فلسفی به نام عمل گرایی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه های ذهنی خوانده می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می شود. این شش فرایند عبارت اند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه. به این صورت که در درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به طور کامل پذیرفت، در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی آزاد سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خود تجسمی (گسلش شناختی) یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته، است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری تبدیل نماید (روشن سازی

^۱ Calogero & Thompson^۲ Wiederman^۳ emotional resilience^۴ Panpakdee & Limnirankul^۵ Wood^۶ Gladding^۷ Long & Young^۸ Gazman^۹ Taylor^{۱۰} treatment based on commitment and acceptance^{۱۱} Wharton et al

ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده ساز، وسواسی، افکار مرتبط با ناسازگاری با مراجع قدرت باشد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵).

ازجمله پژوهش‌های انجام شده در این زمینه می‌توان اشاره کرد به تحقیقات زعیمی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که هر دو روش درمان هیجان‌مدار و درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش تحمل آشفتگی زوجین ناسازگار شدند، اما بین دو روش مذکور در افزایش تحمل آشفتگی زوجین ناسازگار تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بصیری فر و موسوی نژاد (۱۴۰۱) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل پریشانی و احساس انسجام شده است. عقیلی و کشیری (۱۴۰۱) در پژوهشی نشان دادند که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر عدم تحمل بلا تکلیفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. پرازده و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی نشان دادند که این درمان باعث کاهش اضطراب و افسردگی و نشخوار فکری شده است. رضایی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV پرداختند. نتایج نشان داد که هر دو درمان می‌توانند بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به HIV+ تاثیر بگذارند. با این حال در متغیر تاب‌آوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر بیشتری داشته است که چنین تفاوتی در بهزیستی روان‌شناختی مشاهده نشد. میرمعینی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی به بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر شدت تاب‌آوری و نگرانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداختند. نتایج نشان داد که هر دو درمان باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرانی بیماران ام‌اس شد. همچنین، میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از درمان متمرکز بر شفقت بوده است. مرادی و زینلی (۱۳۹۹) در پژوهشی به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تاب‌آوری کودکان تحت پوشش بهزیستی پرداختند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب‌آوری شد. استفاده از این روش درمانی نسبت به سایر روش‌های درمانی جهت افزایش تاب‌آوری و توانمندی مقابله در برابر مشکلات توصیه می‌شود. کوهی کمالی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور پرداختند. نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های کیفیت زندگی در زنان نابارور گروه‌های آزمایش افزایش یافته‌اند و این افزایش معنی‌دار بود. بهمنی و همکاران^۱ (۲۰۲۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر بهبود علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ایران (مرور سیستماتیک و متاآنالیز) پرداختند. نتایج نشان داد که هر سه درمان باعث کاهش علائم روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی) در این بیماران شده است. ژانگ و همکاران^۲ (۲۰۲۲) در پژوهشی به بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقابل کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن که به تازگی تشخیص داده شده‌اند: یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده برای ارزیابی اثربخشی برای روانشناسی مثبت، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی پرداختند. نتایج نشان داد که هر دو درمان باعث کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن شده است. پرودیزی و همکاران^۳ (۲۰۲۲) در پژوهشی به بررسی درمان پذیرش و تعهد در محل کار (ACT) برای بهبود پریشانی روانی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی: یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده پرداختند. نتایج نشان داد که این درمان باعث کاهش پریشانی روانی و افزایش تحمل پریشانی شده است. جین و همکاران^۴ (۲۰۲۲) در پژوهشی تحت عنوان امکان‌سنجی و اثرات اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روانی و بهبود کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان: یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده آزمایشی انجام دادند. نتایج نشان دادند که این روش منجر به کاهش پریشانی روانی و بهبود

^۱ Bahmani et al^۲ Zhang et al^۳ Prudenzi et al^۴ Jin et al

کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان در مرحله ی پس آزمون و در مقایسه با گروه گواه شده است؛ این در حالیست که تغییرات چندانی در گروه گواه رخ نداد. جیووانیتی و همکاران^۱ (۲۰۲۲) در پژوهشی به ارزیابی برنامه آموزش روانشناسان در مداخله تاب آوری درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس پرداختند. نتایج نشان داد که شرکت کنندگان در طول دوره آموزشی در تاب آوری، عاطفه مثبت، بهزیستی، انعطاف پذیری روانی و فرآیندهای مرتبط بهبود یافتند. این پیشرفت ها در طول شرکت در مرحله آماده به اوج خود رسید و سه ماه بعد با سرعت کمتری افزایش یافت. انعطاف پذیری روان شناختی باعث بهبود تاب آوری، عاطفه مثبت و بهزیستی شد.

به نظر می رسد با توجه به گسترش روز افزون تعارضات زناشویی و اختلالات روانی مترتب از آن از جمله افسردگی و اضطراب که در زنان شیوع بیشتری دارد که این امر باعث کاهش بازدهی عملکرد شغلی، خانوادگی و شخصی زنان می شود؛ توجه به این دسته از درمان ها لازم و ضروری است. برای رسیدن به جامعه مطلوب در این خصوص، باید این چنین درمان هایی را به صورت تخصصی و زیر نظر متخصص امر و در زمان های مداوم و پیوسته صورت پذیرد تا برآیند آن رسیدن به درمان کافی و وافی تعارضات زناشویی که نتیجه نهایی آن می تواند در فضای خانواده، جامعه، تحصیل و شغل افراد نقش بسزایی ایفا نماید. برای نیل به این هدف، پژوهشگر در صدد رسیدن به پاسخ این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اهواز موثر است؟

۲. روش

این تحقیق به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش نیمه آزمایشی است. که با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماه و نیم اجرا گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زوجین دارای تعارضات زناشویی که در سال ۱۴۰۲ به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اهواز مراجعه کرده اند. با توجه به روش تحقیق پژوهش حاضر و حجم نمونه ی پژوهش های مشابه، از بین زوجین مراجعه کننده به ۱۰ مرکز روان شناختی، تعداد ۲۰ زوج که طی پیش آزمونی با استفاده از ابزار ذکر شده نمرات بالای میانگین در پرسشنامه های تعارضات زناشویی، حساسیت اضطرابی و نمرات پایین میانگین در تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی کسب کرده بودند، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند؛ و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (۱۰ زوج در هر گروه) در قالب گروه های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه گمارده شدند. در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش اجرا شد. در نهایت، پس از اتمام جلسات آموزشی، پس آزمون (حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی) صورت گرفت. لازم به ذکر است که گروه گواه در طول اجرای پژوهش هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد اما، برای جلوگیری از عوامل تهدید کننده ی روایی درونی پژوهش، مانند رقابت جبرانی گروه گواه یا تضعیف روحیه، به آن ها اطمینان داده شد که در نوبت بعدی (پس از جمع - آوری داده ها) مداخله را دریافت خواهند کرد.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه تعارض زناشویی: پرسشنامه تعارض زناشویی توسط ثنایی و همکاران (۱۳۸۷) ساخته شد. این پرسشنامه هفت بُعد از تعارض زناشویی را می سنجد. پرسشنامه شامل ۴۲ ماده بوده است. همچنین، این ابزار هفت جنبه یا هفت بُعد از تعارضات زناشویی را اندازه می گیرد که عبارت اند از: ۱- کاهش همکاری (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲) - افزایش واکنش های هیجانی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲) - افزایش جلب حمایت فرزند (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲) -

^۱ Giovannetti et al

کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان (سؤالات ۱ و ۱۹، ۲۵، ۳۷، ۴۰، ۴۲، ۷- جدا کردن امور مالی از یکدیگر (سؤالات ۲، ۸، ۱۳، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۸). براساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (۱-۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۴۲-۲۱۰ است. نمره بالا نشان دهنده تعارض زناشویی بیشتر است. این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی در تهران هنجاریابی شده و مشخصات روانسنجی آن به این شرح گزارش شده است آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرده مقیاس‌های کاهش همکاری ۰/۳۰، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۳، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۴، کاهش رابطه خانوادگی با خویشان همسر و دوستان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شده است (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، میزان ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی: به منظور سنجش حساسیت اضطرابی از شاخص حساسیت اضطرابی فلویید و همکاران^۱ (۲۰۰۵) استفاده شد. این شاخص، ۱۶ گویه دارد و براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی (خیلی کم = صفر تا خیلی زیاد = ۴) است. هرگویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند درجه‌ای تجربه‌ی ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. ساختار این شاخص از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)؛ ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه)؛ و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این سیاهه، ثبات درونی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آوردند. اعتبار باز آزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ به دست آمد (فلویید و همکاران، ۲۰۰۵). اعتبار آن در نمونه‌ی ایرانی براساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیف محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. روایی شاخص مذکور با توجه به همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر محاسبه شد ضرایب همبستگی با نمره‌ی کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود (بیرامی و پور فرج، ۱۳۹۲). پایایی شاخص مذکور در پژوهش مشهدی و همکاران (۱۳۹۲) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین، در پژوهش حاضر، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل پریشانی: یکی از ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه تحمل پریشانی است پرسشنامه تحمل پریشانی یک شاخص خود سنجی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد و توسط علوی (۱۳۸۸) ترجمه شده است. همچنین، این پرسشنامه دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. ماده‌های این پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (نمره ۱ به معنای توافق کامل با آیتم مورد نظر و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با آیتم مورد نظر می‌باشد). حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۱۵-۷۵ است. نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر تحمل پریشانی بالا است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب آلفا را برای خرده مقیاس‌های تحمل جذب ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی خوبی است. شهیدی و همکاران (۱۴۰۰) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، میزان ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه خودپنداره جنسی: این پرسشنامه تحت عنوان پرسشنامه‌ی چند بُعدی خودپنداره‌ی جنسی توسط اسنل و همکاران^۲ در دانشگاه میسوری در (۱۹۸۹) تهیه شد. که توسط رضانی و همکاران (۱۳۹۱) استاندارد و هنجاریابی شده است. فرم اصلی پرسشنامه دارای ۲۰ خرده مقیاس است که هدف ۲۰ بُعد پرسشنامه‌ی (MSSCQ) بیان مفهوم جنسی افراد از

^۱ Floyd et al^۲ William and Snell

خودشان است و شامل اضطراب جنسی، خودکارآمدی جنسی، خودآگاهی جنسی، انگیزه برای دوری از رفتارهای جنسی مخاطره آمیز^۱، شانس کنترل جنسی^۲، دغدغه‌ی جنسی^۳، خودتشخیصی جنسی^۴، خوش‌بینی جنسی، خودسرزنی جنسی^۵، نظارت جنسی^۶، انگیزه جنسی^۷، خودمدیریتی جنسی^۸، عزت نفس جنسی، رضایت جنسی، کنترل قدرت دیگران در مسائل جنسی خود^۹، پردازش جنسی^{۱۰}، ترس جنسی^{۱۱}، پیشگیری از مشکلات جنسی^{۱۲}، افسردگی جنسی و خود کنترلی جنسی می‌شود. پرسش‌نامه دارای ۱۰۱ ماده است، هر خرده مقیاس با ۵ ماده سنجیده می‌شود، اندازه‌گیری این سؤالات به شیوه‌ی لیکرت (مخالفم، کمی موافقم، تا حدودی موافقم، تقریباً موافقم، موافقم) و نمره گذاری ماده‌ها ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ است؛ حداقل و حداکثر نمره‌ی هر آزمودنی به ترتیب ۱ و ۲۵ می‌باشد. از بین ۲۰ خرده مقیاس این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برای سنجش عزت جنسی از یک خرده مقیاس (عزت نفس جنسی، ابراز وجود جنسی، اضطراب جنسی) آن استفاده شده است. همچنین، در پژوهش حاضر، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه تاب آوری هیجانی: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون^{۱۳} (۲۰۰۳؛ ترجمه محمدی، ۱۳۸۴) ساخته شده است. دارای ۲۵ ماده است که به شیوه مقیاس لیکرت کاملاً نادرست (صفر نمره) تا همیشه درست (۴ نمره) نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره ۰-۱۰۰ است. که نمره بالا نشان دهنده بالا بودن میزان تاب آوری افراد است. مقیاس، نمره کل دارد. محمدی (۱۳۸۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آورد. همچنین، روایی پرسشنامه تاب آوری در پژوهش کردمیرزا (۱۳۸۸) به شیوه‌ی تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش حاضر، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: جلسات این پژوهش بر اساس کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که مبتنی بر بسته درمانی تعهد و پذیرش که توسط ایفرت و فورسایت (۲۰۰۵) طراحی شده است، جلسات این مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت یک ماه انجام گرفت. این پروتکل توسط فیضی و همکاران (۱۳۹۹) ترجمه شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان جلسه	محتوا
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	ابتدا درمانگر خود و اعضاء گروه را به یکدیگر معرفی کرده و منطق و هدف تشکیل گروه را روشن نمود. سپس قواعد درمان و چرایی لزوم رعایت آن از قبیل راز داری، احترام به هر فرد، حضور به موقع و مستمر در جلسات و خودداری از زود ترک کردن جلسات، متعهد شدن برای شرکت در هر جلسه درمانی و مشارکت فعال (به هر فردی از گروه امکان داده می‌شود تا فعالانه موضعی را انتخاب کند که خواهان آن است) توضیح داده شد. اجرای پیش آزمون
دوم	اطلاعات ابتدایی، بحث در باره مشکل اولیه ویژگی درمانجو و ترس و کارکرد های اضطراب بهنجار، اضطراب چطور به مشکل زندگی درمانجو تبدیل شده	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، دقایق ابتدایی جلسه صرف اطلاعات کلی و تشریح روند درمان شد. سپس درباره مشکل اولیه درمانجویان بحث و از علت ورود آنان به جلسه درمان سؤال شده و درمانگر از درمانجویان پرسید که در چه حوزه‌هایی از زندگی ترس و اضطراب بیشترین پریشانی و ناتوانی به بارآورده و در طول حداقل یک ماه گذشته چه مسئله‌ای بیش از هر چیز او را آشفته کرده است؟ (توصیف بیش از حد علائم یا تاریخچه اختلال نیاز نیست) بازخورد و ارائه تکلیف.

^۱ motivation to avoid risky sex

^۲ chance/luck sexual control

^۳ sexual-preoccupation

^۴ sexual-assertiveness

^۵ sexual problem self-blame

^۶ sexual-monitoring

^۷ sexual-motivation

^۸ sexual problem management

^۹ power-other sexual control

^{۱۰} sexual self-schemata

^{۱۱} fear-of-sex

^{۱۲} sexual problem prevention

^{۱۳} Conner-Davidson Resilience Scale

سوم	تمرین تمرکز، مرور تمرین روزانه، مرور الگوهای اجتناب و هزینه های آن، مشاهده اضطراب به جای واکنش به اضطراب، تمرینات ارتقای زندگی (در منزل).	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه هایی از جلسه قبل، جلسه با تمرین تمرکز شروع و پس از آن درمانگر با این سؤال که درمانجو هنگام احساس اضطراب چه می کند به بررسی الگوهای اجتناب و هزینه ها و میزان کارآمدی آن پرداخت و با ایجاد نومیدی سازنده و با استفاده از تمثیل کودک دورن چاله به درمانجو نشان داد که کشمکش او در برابر اضطراب بی فایده است و برای حل این مشکل به یک راهبرد کاملاً متفاوت نیازمند است.
چهارم	تکرار تمرین پذیرش افکار و احساسات، مرور تمرین روزانه، تمرینات دست کشیدن از کنترل، رفتار ارزش مدار به عنوان جایگزینی برای کنترل اضطراب، تمرینات ارتقای زندگی (در منزل).	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، جلسه با تمرین "پذیرش افکار و احساسات" شروع و بعد از مرور تمرین های روزانه، درمانگر به وسیله تمرین طناب کشی با هیولای اضطراب مؤثر نبودن راهکارهای قبلی را نشان داد. سپس انتخاب اهداف مهم با رجوع به تمثیل "غذا دادن به ببر اضطراب" شروع و توضیح داده شد که هدف جلسات باقی مانده بازگرداندن آنها به مسیر اهداف مهم زندگی پر بار و سالم است و با سؤالاتی از قبیل اینکه چه چیز در زندگی او اهمیت بیشتری دارد و اگر اضطراب نداشت زندگی اش چگونه بود؟ و چه فعالیت های مهم تری انجام می داد؟ درمانجویان در جهت پیدا کردن ارزشهایشان سوق داده شدند بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	مرور تمرین روزانه، تمرین پذیرش اضطراب با توجه آگاهی، کنترل حوادث بیرونی در مقابل کنترل مسائل درونی، جستجوی ارزشه	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه ای از جلسه قبل، در این جلسه پس از مرور تمرینات، ماهیت پذیرش و آگاهی توسط درمانگر توضیح داده شد و به دنبال آن تمرین پذیرش اضطراب اجرا گردید. سپس از درمانجویان خواسته شد راجع به تجربیشان گفتگو کرده و سؤالات، نظرات و دغدغه های خود را بازگو کنند. پس از آن در مورد عواملی که بر "تمایل به کنترل" تأثیر میگذارند بحث شد دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	تمرین تمرکز، بررسی تمرین روزانه، خود به عنوان بافتار در برابر خود به عنوان محتوا، قطب نمای زندگی- دلیل نهایی زندگی ارتقای تمرینات مواجهه، برای (تمرین در منزل)	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه هایی از جلسه قبل، جلسه با تمرین تمرکز شروع شد. پس از مرور تمرینها، درمانگر، خود به عنوان بافتار در مقابل خود به عنوان محتوی را به زبان ساده و با استفاده از تمثیل و تمرین صفحه شطرنج برای درمانجویان توضیح داد. سپس با مرور تجربه کامل زندگی هفته گذشته، مجدداً به بررسی ارزشها پرداخته و آن دسته از رفتارهای درمانجو در جهت کنترل اضطراب را که مانع حرکت او در مسیر اهداف ارزشمند شده اند توسط درمانگر بررسی شد. در آخر یک عدد برگه "قطب نمای زندگی" به درمانجویان داده شد پس از توضیح درمانگر از آنان خواست با استفاده از اطلاعاتی که در برگه مسیرهای ارزشمند وارد کرده اند، برگه (قطب نمای زندگی) را پر کنند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	تمرین تمرکز، باز بینی تمرینات روزانه، تمایل هیجانی، مواجهه با افکار و احساسات شدید، تمرینات احساس زندگی، انجام تمرینات احساس زندگی (در منزل)	جلسه با تمرین تمرکز شروع شد، پس از بازبینی تمرینات گذشته، از درمانجو خواسته شد مواردی را که تلاش کرده با رفتار خود اضطراب و ترس را کنترل کند و هزینه های بلند مدت و کوتاه مدت آنها را در زندگی خود پیدا کند. سپس درمانگر در مورد «تمایل هیجانی» به عنوان پذیرش تجربه اضطراب گفتگو کرد بعد از آن، هدف از مواجهه با احساسات و هیجانات شدید توسط درمانگر توضیح داده شد. قبل از شروع این تمرین درمانگر تمثیل «راننده اتوبوس» را به عنوان راهنمایی برای چگونگی انجام دادن یا ندادن کار در مواقعی که افکار و احساسات شدید و تهاجمی درمانجو را تهدید کرده و برای اجتناب برمی انگیزد معرفی کرد. سپس تمرینات "احساس زندگی" با هدف یک زندگی کامل، غنی و معنا دار انجام شد. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	تمرین تمرکز، مرور تمرین های روزانه، انجام مکرر تمرین های احساس زندگی، فعال سازی رفتاری ارزش مدار طبیعی، مقابله با شکست از طریق پذیرش و شفقت هشیارانه. جمع بندی و پس آزمون	جلسه با تمرین تمرکز آغاز شد. درمانگر تمرینات روزانه درمانجویان در زمینه پذیرش اضطراب را مرور کرده و به صورت مختصر در مورد تجربیات آنان در زمان انجام این تمرینات با درمانجویان صحبت کرد و در مورد نمونه هایی از رفتارهای درمانجویان برای مدیریت افکار، حواس و احساساتشان گفتگو شد. در این مرحله درمانجویان افزایش قابل توجهی نسبت به مواجهه با اضطرابشان نشان دادند. سپس از طریق فعال سازی رفتاری ارزشمدار طبیعی، فعاليتها بر اساس برگه "جهت گیری زندگی" و رجوع به برگه های قطب نمای زندگی و مسیرهای ارزشمند توسط درمانجویان انتخاب شده و مسیرهای ارزشمند، تهیه سلسله مراتبی از فعالیت ها و تعهد به اقدام به وسیله برگه فعالیت های مربوط به اهداف ارزشمند زندگی مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در اواخر درمان به درمانجویان در مورد چگونگی جلوگیری از عود مشکل توضیحاتی داده شد جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون.

۳. یافته ها

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای وابسته گروه های دو گانه در مراحل دوگانه اندازه گیری

متغیر	مرحله اندازه گیری	گروه آزمایشی ۱		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حساسیت	پیش آزمون	۵۳/۰۹	۵/۷۱	۵۴/۲۷	۶/۱۸
	پس آزمون	۲۴/۱۹	۳/۳۷	۵۳/۳۸	۵/۹۳
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۳۰/۱۱	۴/۳۸	۵۴/۷۹	۶/۷۹
	پس آزمون	۵۴/۲۲	۶/۲۶	۵۳/۴۸	۵/۹۴
عزت نفس جنسی	پیش آزمون	۶	۶/۶۵	۷	۵/۷۱
	پس آزمون	۱۵	۴/۱۲	۶	۶/۶۵
تاب آوری هیجانی	پیش آزمون	۳۰/۶۵	۵/۷۸	۳۴/۵۲	۴/۶۴
	پس آزمون	۶۲/۳۴	۳/۳۱	۳۵/۴۱	۴/۱۸

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	مرحله اندازه گیری	گروه ها			
		گروه آزمایشی ۱		گروه گواه	
		آماره K-S	P	آماره K-S	P
حساسیت اضطرابی	پیش آزمون	۰/۱۸۳	۰/۲۱۲	۰/۱۷۲	۰/۲۰۴
	پس آزمون	۰/۱۵۸	۰/۱۹۴	۰/۲۱۴	۰/۲۲۷
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۰/۱۶۴	۰/۱۸۱	۰/۱۵۰	۰/۱۶۱
	پس آزمون	۰/۱۳۱	۰/۲۰۹	۰/۱۳۱	۰/۲۰۸
عزت نفس جنسی	پیش آزمون	۰/۱۷۰	۰/۱۴۶	۰/۲۲۰	۰/۱۹۰
	پس آزمون	۰/۱۸۵	۰/۱۹۲	۰/۱۴۹	۰/۱۳۹
تاب آوری هیجانی	پیش آزمون	۰/۱۳۷	۰/۲۰۷	۰/۱۴۷	۰/۱۷۴
	پس آزمون	۰/۱۱۴	۰/۱۹۱	۰/۲۰۱	۰/۱۴۱

همانگونه که در جدول ۳، مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه ها در متغیرهای حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی تأیید می گردد.

جدول ۴. نتایج آزمون باکس برای پیش فرض همسانی کوواریانس ها در گروه های آزمایش و گواه

آزمون BOX'S M	
۳۶/۸۱	Box's M آماره
۰/۷۹	F
۳۹	df ^۱
۲۵۸/۱۴	df ^۲
۰/۸۱	P

همانگونه که در جدول ۴، مشاهده می شود، نتایج آزمون ام. باکس بیانگر همسانی کوواریانس ها در گروه های آزمایش و گواه بود ($Box=36/81$ ، $F=0/79$ ، $P=0/81$).

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای پیش فرض همگنی واریانس های متغیرهای پژوهش گروه های آزمایش و گواه در جامعه

متغیر	F	DF _۱	DF _۲	P
حساسیت اضطرابی	۱/۳۹	۱	۳۸	۰/۱۸۲
تحمل پریشانی	۱/۷۱	۱	۳۸	۰/۱۳۷
عزت نفس جنسی	۱/۵۸	۱	۳۸	۰/۱۸۷
تاب آوری هیجانی	۱/۷۱	۱	۳۸	۰/۲۱۹

همانگونه که در جدول ۵، مشاهده می شود، آزمون لوین در مورد متغیرهای حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی معنادار نیست. بنابراین، واریانس گروه های آزمایش و گواه در حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی معنادار نیست.

جدول ۶. نتایج آزمون کرویت بارتلت و KMO

آزمون کمو (KMO)	نتایج آزمون کرویت	P
کفایت نمونه	df _۲	
۰/۷۸	۳۸	۰/۰۲۵

یافته های جدول ۶، نشان می دهد که شاخص KMO برابر با ۰/۷۸ می باشد ($KMO=0/78$) و مقدار مجذور کای محاسبه شده برای آزمون کرویت بارتلت ۱۹/۴۰ به دست آمد که در سطح $P < 0/05$ معنادار می باشند.

جدول ۷. نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای پژوهش گروه ها در جامعه

شاخص های آماری	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح معنی
تعامل	مجذورات	آزادی	مجذورات		داری
گروه × پیش آزمون حساسیت اضطرابی	۶/۱۸	۱	۶/۱۸	۱/۳۷	۰/۳۰
گروه × پیش آزمون تحمل پریشانی	۳/۶۰	۱	۳/۶۰	۱/۵۲	۰/۳۷
گروه × پیش آزمون عزت نفس جنسی	۵/۸۹	۱	۵/۸۹	۱/۸۳	۰/۲۸
گروه × پیش آزمون تاب آوری هیجانی	۷/۹۱	۱	۷/۹۱	۱/۲۸	۰/۱۹

بر اساس جدول ۷، نتایج F تعامل گروه × پیش آزمون حساسیت اضطرابی نشان می دهد شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون حساسیت اضطرابی در گروه های آزمایشی و گواه معنی دار نمی باشد ($F = 1/37$ و $P > 0/05$). همچنین، نتایج F تعامل گروه × پیش آزمون تحمل پریشانی نشان می دهد میان پیش آزمون و پس آزمون تحمل پریشانی در گروه های آزمایشی و گواه معنی دار نمی باشد ($F = 1/52$ و $P > 0/05$). نتایج F تعامل گروه × پیش آزمون عزت نفس جنسی نشان می دهد میان پیش آزمون و پس آزمون عزت نفس جنسی در گروه های آزمایشی و گواه معنی دار نمی باشد ($F = 1/83$ و $P > 0/05$). و نتایج F تعامل گروه × پیش آزمون تاب آوری هیجانی نشان می دهد میان پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری هیجانی در گروه های آزمایشی و گواه معنی دار نمی باشد ($F = 1/28$ و $P > 0/05$).

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه روی متغیرهای وابسته جهت آزمون خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و وابسته

منبع تغییر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	P
حساسیت اضطرابی	۲۷/۵۹	۱	۲۷/۵۹	۱۰/۶۸	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۷/۴۳	۲۱/۵۶	۱	۲۱/۵۶	تحمل پریشانی
۰/۰۰۱	۳/۸۹	۱۴/۶۷	۱	۱۴/۶۷	عزت نفس جنسی
۰/۰۰۱	۱۲/۲۳	۱۸/۵۲	۱	۱۸/۵۲	تاب آوری هیجانی

همانگونه که در جدول ۸، مشاهده می شود، مقدار F در مورد متغیرهای حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی معنادار است ($P < 0/01$).

- ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی زوجین دارای تعارضات زناشویی موثر است.
- ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی زوجین دارای تعارضات زناشویی موثر است.
- ۳- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی زوجین دارای تعارضات زناشویی موثر است.
- ۴- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی موثر است.

جدول ۹. تحلیل کوواریانس روی پس آزمون متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع	DF	میانگین مجزورات	F	P	ETA (اندازه	توان
مجزورات						اثر)	آماری
حساسیت اضطرابی	۴۱/۶۷	۱	۴۱/۶۷	۱۲/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
تحمل پریشانی	۲۷/۴۱	۱	۲۷/۴۱	۱۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
عزت نفس جنسی	۱۹/۹۰	۱	۱۹/۹۰	۲۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
تاب آوری هیجانی	۳۱/۱۱	۱	۳۱/۱۱	۲۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱

همان طوری که در جدول ۹، مشخص است، با کنترل پیش آزمون بین گروه های آزمایش و گواه از لحاظ تمامی متغیرهای پژوهش (حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). بعلاوه، با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ حساسیت اضطرابی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P = 0/001$, $F = 12/29$). و با بررسی میانگین های پس آزمون هر دو گروه در متغیر حساسیت اضطرابی، تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۱ تایید می گردد. از لحاظ تحمل پریشانی، بین گروه های آزمایشی و گواه تفاوت معنی داری مشاهده گردید ($P = 0/001$, $F = 16/78$). و با بررسی میانگین های پس آزمون دو گروه، تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در گروه آزمایش معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۲ تایید می گردد. همچنین، با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ عزت نفس جنسی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P = 0/001$, $F = 28/54$). و با بررسی میانگین های پس آزمون هر دو گروه در متغیر عزت نفس جنسی، تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی در گروه آزمایش معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۳ تایید می گردد. در نهایت، با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ تاب آوری هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = 24/68$, $P = 0/001$). و با بررسی میانگین های پس آزمون هر دو گروه در متغیر تاب آوری هیجانی، تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری هیجانی در گروه آزمایش معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۴ تایید می گردد.

۴. بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی، عزت نفس جنسی و تاب آوری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اهواز بوده است. نتایج بدست آمده از فرضیه اول نشان می دهد که، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در حساسیت اضطرابی معنی دار می باشد. همچنین، با بررسی میانگین های پس آزمون هر دو گروه در حساسیت اضطرابی، اثربخشی این درمان بر آن تایید شده است.

بنابراین، این یافته، فرضیه‌ی اول پژوهش را تأیید می‌کند و می‌توان گفت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی زوجین دارای تعارضات زناشویی معنی دار است. نتایج به دست آمده از آزمون این فرضیه با بخشی از نتایج پژوهش های پرازده و همکاران (۱۴۰۱)؛ رضایی و همکاران (۱۴۰۱)؛ بهمنی و همکاران (۲۰۲۲) و ژانگ و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر یا بهتر برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد آموزش داده می‌شود تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات منفی، همان گونه که هستند، مهارت کسب کنند. این روش درمانی با ارائه ی تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه ی مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن ها باعث درک بیشتر درباره ی ایستادگی در برابر چالش های زندگی می شود و افراد به این باور می رسند که توانایی مقابله با چالش های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند. لذا، اجتناب، پریشانی و ترس از چالش ها در آنان کاهش می یابد و در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند باعث کاهش حساسیت اضطرابی زوجین شود.

نتایج بدست آمده از فرضیه دوم نشان می دهد که، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در تحمل پریشانی معنی دار می‌باشد. همچنین، با بررسی میانگین های پس آزمون هر دو گروه در تحمل پریشانی، اثربخشی این درمان بر آن تأیید شده است. بنابراین، این یافته، فرضیه‌ی دوم پژوهش را تأیید می‌کند و می‌توان گفت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی زوجین دارای تعارضات زناشویی معنی دار است. نتایج به دست آمده از آزمون این فرضیه با بخشی از نتایج پژوهش های زعیمی و همکاران (۱۴۰۲)؛ بصیری فر و موسوی نژاد (۱۴۰۱)؛ پرودیزی و همکاران (۲۰۲۲) و جین و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد. در تبیین این یافته مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تحمل پریشانی زوجین دارای تعارض زناشویی می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال هرگونه کنترل کاهش یابد. همچنین، می‌توان گفت که چون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند. بنابراین، آموزش آن به زوجین دارای تعارضات زناشویی باعث می شود که آنان احساسات و نشانه های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و احساسات بیش از حد به مسایل مربوط به بیماری خود می شود و در نتیجه سازگاری آنها بهبود می یابد.

نتایج بدست آمده از فرضیه سوم نشان می دهد که، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در عزت نفس جنسی معنی دار می‌باشد. همچنین، با بررسی میانگین های پس آزمون هر دو گروه در عزت نفس جنسی، اثربخشی این درمان بر آن تأیید شده است. بنابراین، این یافته، فرضیه‌ی سوم پژوهش را تأیید می‌کند و می‌توان گفت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی زوجین دارای تعارضات زناشویی معنی دار است. نتایج به دست آمده از آزمون این فرضیه با بخشی از نتایج پژوهش های عقلی و کشیری (۱۴۰۱)؛ و کوهی کمالی و همکاران (۱۳۹۹) همخوانی دارد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت، عزت نفس جنسی، منعکس کننده ی خصوصیتی است که موجب تسهیل تعاملات جنسی در حین رابطه ی افراد دارای عزت نفس جنسی بالا توانایی بیشتری در هدایت تمایلات و تجارب جنسیشان دارند سوءاستفاده ی جنسی در کودکی با عزت نفس جنسی پایین، نگرانی های جنسی، انجام رفتارهای جنسی بدون تعهد، آسیب پذیر بودن نسبت به تجاوزات جنسی بعدی، رفتار جنسی پرخطر و مورد خشونت قرار گرفتن توسط غریبه‌ها یا شریک جنسی فرد ارتباط دارد. زنان دارای تاریخچه ی سوءاستفاده ی جنسی در مقایسه با زنان عادی، نمرات عزت نفس جنسی پایین تر و سازگاری جنسی ضعیفتری به دست آوردند (شاره، ۱۳۹۵). همچنین، در تبیین اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی باید عنوان کرد در این درمان افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند؛ و افراد در مرحله ی اول تجربه خود را بشناسد و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند، سپس نگرش مشفقانه به خود داشته باشند.

نتایج بدست آمده از فرضیه چهارم نشان می دهد که، تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در تاب آوری هیجانی معنی دار می باشد. همچنین، با بررسی میانگین های پس آزمون هر دو گروه در تاب آوری هیجانی، اثربخشی این درمان بر آن تایید شده است. بنابراین، این یافته، فرضیه چهارم پژوهش را تایید می کند و می توان گفت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی معنی دار است. نتایج به دست آمده از آزمون این فرضیه با بخشی از نتایج پژوهش های میرمعینی و همکاران (۱۴۰۱)؛ مرادی و زینلی (۱۳۹۹) و جیوانیتی و همکاران (۲۰۲۲) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت که هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر از طریق افزایش تاب آوری است. تاب آوری به این معنا است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیاتی که در آن قرار دارد، رفتارهای خود را بر اساس ارزش هایی که برگزیده است، تغییر یا ادامه دهد. فرایند این درمان به افراد کمک می نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع، این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه های متناسب با موقعیت است. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که آنچه خارج از کنترل شخصی فرد است را بپذیرد و به عملی که زندگی را غنی می سازد، متعهد باشد.

هر مطالعه ای به طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیت می گردد که تفسیر یافته ها را در بستر محدودیت ها ضروری می سازد. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان عدم برخورداری گروه گواه از جلسه مشاوره های معمولی به منظور حذف اثر پلاسیبوی گروه درمانی اشاره کرد؛ و با توجه به گستره نظری موجود، یافته ها و محدودیت های حاضر پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی جهت گردآوری اطلاعات و از روش های مشاهده رفتار و ارزیابی بالینی و از روش های کیفی سنجش جهت بررسی علائم استفاده گردد.

منابع و مراجع

- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، چاپ پنجم، تهران، انتشارات جنگل.
- بیرامی، منصور و پورفرج، عمران (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی، خودکارآمدی و خوش بینی، با اضطراب امتحان دانشجویان علوم پزشکی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱ (۷)، ۹-۱۶.
- بصیری فر، مهلا و موسوی نژاد، سید محمود (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انسجام روانی زنان نابارور شهر مشهد. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۸ (۱)، ۸۱-۹۲.
- پرازده، پگاه؛ ویانی، فاطمه؛ زمانی، سعید و زمانی، نرگس (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری نوجوانان ۱۳ و ۱۶ ساله مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (مطالعه موردی). مجله علمی پژوهان، ۲۰ (۲)، ۱۲۶-۱۲۰.
- ثناپی، باقر؛ علاقمند، ستیلا؛ فلاحتی، شهره و هومن، عباس (۱۳۸۷). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. چاپ اول، تهران: انتشارات بعثت.
- رضایی، شیوا؛ خلعتبری، جواد؛ تاجری، بیوک و کلهرنیا گلکار، مریم (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، بر تاب آوری و بهزیستی روان شناختی مبتلایان به HIV. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۳ (۱)، ۱۶۷-۱۵۵.
- زعیمی، حسین؛ رجایی، علیرضا؛ صفاریان طوسی، محمدرضا و نجات حمید (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل آشفتگی زوجین ناسازگار. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۹ (۳)، ۱۲-۲۸.
- دربانی، سیدعلی و کامدین، پارساکیا (۱۴۰۱). اثربخشی مشاوره مبتنی بر قدرت بر عزت نفس زنان متعارض زناشویی. مجله روانشناسی زن، ۳ (۱)، ۴۶-۵۵.

شاهپانی، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر خود تنظیمی هیجانی بر کاهش مولفه های دزدگی زناشویی و سبک های حل مسأله در زوجین متقاضی طلاق شهر تهران، پایان نامه دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.

فتح اله زاده، ن.، میرصیفی فرد، ل.، کاظمی، م.، سعادت، ن.، و نوایی نژاد، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی غنی سازی زندگی زناشویی بر اساس نظریه انتخاب بر کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زوج ها. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی کاربردی، ۱۱، ۳۷۲-۳۵۳.

عقیلی، سیدمجتبی و کشیری، سارا (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلا تکلیفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان خیانت دیده. مجله علوم اعصاب شفای خاتم، ۱۰ (۳)، ۵۷-۶۷.

عابدی شرق، نجمه؛ آهوان، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف و حسینی، سپیده (۱۳۹۵). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۷ (۲۶): ۱۴۹-۱۶۳.

غضنفری، فیروزه و بدری، مجتبی (۱۳۹۸). تدوین مدل سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان بر اساس مولفه های حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی و سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا با نقش میانجی راهبرد مقابله هیجان مدار. مطالعات روانشناسی بالینی، ۹ (۳۵)، ۹۷-۱۳۰.

کوهی کمالی، شیوا؛ پورشریفی، حمید؛ سوداگر، شیدا و عشایری، حسن (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان ناباور. مجله سلامت جامعه، ۱۵ (۴)، ۴۶-۵۷.

کرد میرزا نیکوزاده، عزت اله (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی برنامه مداخله مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر و گروه درمانی آدلری در ارتقای تاب آوری افراد وابسته به مواد. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۲ (۵): ۱-۲۷.

میرمعینی، پردیس؛ بیاضی، محمدحسین و خلعتبری، جواد (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر شدت تاب آوری و نگرانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۵ (۱)، ۸۸-۱۰۲.

مرادی، خدیجه و زینلی، زهرا (۱۳۹۹). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تاب آوری کودکان تحت پوشش بهزیستی. مجله علمی پزشکی قانونی، ۲۷ (۱)، ۷-۱۴.

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تابآوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

Azizi, A., Mirzaie, A., & Shams, D. (۲۰۱۰). The relationship between distresses, tolerance emotion regulation with students' dependence on cigarettes. *Hakim Research Journal*, ۱۳ (۱), ۱۱- ۱۸.

Aneesa, A., Najma, I. M., & Noreen, A. K. (۲۰۱۳). Family communication and family system as the predictors of family satisfaction in adolescents. *Journal of Psychology*, 10, ۲۵۸-۲۶۴.

Bahmani, B., Mehraban, S., Azkhash, M., Khanjani, M. S., & Azimian, M. (۲۰۲۲). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral, Mindfulness and Acceptance and Commitment Therapies to Improving the Psychological Symptoms of Patients with Multiple Sclerosis in Iran (Systematic Review and Meta-analysis). *Iran J Psychiatry Behav Sci*. ۱۶ (۴), ۱۸-۲۹.

Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., et al. (۲۰۰۰). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. *The British journal of psychiatry*, ۱۷۶ (۴), ۳۷۹-۳۸۶.

Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T. (۲۰۰۵). Anxiety sensitivity and Worry. *Personality and Individual Differences*, ۳۸, ۱۲۲۳-۱۲۲۹.

Giovannetti, A. M., Uccelli, M. M., Solari, A., & Pakenham, K. I. (۲۰۲۲) Evaluation of a program for training psychologists in an acceptance and commitment therapy resilience intervention for people with multiple sclerosis: a single-arm longitudinal design with a nested qualitative study, *Disability and Rehabilitation*, ۴۴:۲۲, ۶۹۲۶-۶۹۳۸.

- Gazman, J. D. (۲۰۱۱). Family resilience and Filipino immigrant families: Navigating the adolescence life-stage. MA Thesis. The University of Guelph.
- Hamer, M., Molloy, G. J., & Stamatakis, E. (۲۰۰۸). Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *Journal of the American College of Cardiology*, ۵۲ (۲۵), ۲۱۵۶-۲۱۶۲.
- Jin, X., Li, H., Chong, Y. Y., Mann, K. F., Yao, W., & Wong, C. L. (۲۰۲۲). Feasibility and preliminary effects of acceptance and commitment therapy on reducing psychological distress and improving the quality of life of the parents of children with cancer: A pilot randomised controlled trial. *Psycho-oncology*.
- Oglesby, M. E., Capron, D. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (۲۰۱۵). Anxiety sensitivity cognitive concerns predict suicide risk. *Psychiatry Res*, ۲۲۶, ۲۵۲-۲۵۶.
- Oh, Y. K., & Hwang, S. Y. (۲۰۱۸). Impact of uncertainty on the quality of life of young breast cancer patients: focusing on mediating effect of marital intimacy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, ۴۸ (۱), ۵۰-۵۸.
- Panpakdee, C., & Limnirankul, B. (۲۰۱۸). Indicators for assessing social-ecological resilience: A case study of organic rice production in northern Thailand. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, ۳۹(۳), ۴۱۴-۴۲۱.
- Prudenzi, A., Graham, C. D., Flaxman, P. E., Wilding, S., Day, F., & O'Connor, D. B. (۲۰۲۲) A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomised controlled trial. *PLoS ONE* ۱۷(۴): e۰۲۶۶۳۵۷.
- Simons, J. S. & Gaher, R. M. (۲۰۰۵). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, ۲۹ (۲), ۸۳-۱۰۲.
- Snell, W.E., Fisher, T.D., & Walters, A.S. (۱۹۸۹). The Multidimensional Sexuality questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Ann Sex Res*; ۶:۲۷-۵۵.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., et al. (۲۰۰۷). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial alidation of the Anxiety Sensitivity Index-۳. *Psychol. Assess*, ۱۹, ۱۷۶-۱۸۸.
- Wiederman, M. W. (۲۰۰۳). Paraphilia and Fetishism. *The Family Journal*, ۱۱ (۳), ۳۱۵-۳۲۱.
- Wood, B (۲۰۱۹). Role of resilience in buffering the effect of work-school conflict on negative emotional responses and sleep health of college students. *Journal of Occupational Health Psychology*, ۱۸ (۴), ۳۸۴-۳۹۴.
- Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., & Walser, R. D. (۲۰۱۹). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, ۱۴, ۵۵-۶۴.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (۲۰۱۳). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, ۵۱(۸), ۴۶۹- ۴۷۵.
- Zhang , Z., Iman M. F., Abdullah , L. B., Shari , N. I., & Lu, P. (۲۰۲۲). Acceptance and commitment therapy versus mindfulness-based stress reduction for newly diagnosed head and neck cancer patients: A randomized controlled trial assessing efficacy for positive psychology, depression, anxiety and quality of life. *Journal of Plos One*, ۱۳ (۴), ۲۱۳-۲۲۳.